



Рис. 19. Неправильное, частью несимметричное строение черепа и лица у олигофренов; оттопыренная ушная раковина у мальчика справа.

В.А. ГИЛЯРОВСКИЙ

II

ПСИХИАТРИЯ



БИОМЕДГИЗ • 1935



ПСИХИАТРИЯ

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ

*125 рисунков в тексте
и 4 цветных на вклейках*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
БИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА—ЛЕНИНГРАД

1935

Руководство по психиатрии выпускается в качестве основного учебника для студентов мединститутов, а также пособия для врачей. Настоящее второе издание заново переработано автором и дополнено в соответствии с новейшими достижениями психиатрии.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие ко второму изданию	9
ВВЕДЕНИЕ	
Сущность психиатрии, ее содержание и задачи	11
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ]	
1. Сущность психоза	22
I. Общая симптоматика душевного расстройства	
2. Иллюзии и галлюцинации	39
3. Расстройства синтетической деятельности мозга	55
Бредовые идеи	—
Навязчивые идеи и навязчивые состояния	68
Расстройства внимания, течения представлений, слабоумие	74
4. Патология эмоциональной жизни	83
5. Расстройства сознания	92
6. Расстройства эффекторных функций	100
7. Структура психоза. Течение и исходы психоза	107
8. Изменения в соматической сфере	122
9. Объективное состояние нервной системы у душевнобольных	
Поясничная пункция и исследование спинномозговой жид-	
кости	133
10. Исследование психического состояния больного	156
II. Этиология душевных заболеваний	
11. Наследственность и вырождение	161
12. Понятие конституции и психической личности в психиатрии	180
13. Экзогенные факторы в этиологии душевного расстройства	190
III. Патологическая анатомия	
14. Патологическая анатомия душевных заболеваний	213
IV. Терапия	
15. Общие принципы лечения психических заболеваний	222
V. Социальные проблемы психопатологии	
16. Психогигиена и психопрофилактика	229
Вопросы психопрофилактики	246
17. Некоторые вопросы статистики и организационной психи-	
атрии	260
18. Правовые отношения душевнобольных	269

ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

VI. Общие замечания

19. Современные направления в изучении психозов и их разделение 273

VII. Первый тип

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ХАРАКТЕРОМ ПРОЦЕССА

Процессы, развивающиеся на почве врожденного предрасположения	284
20. Шизофрения	—
Клиническая характеристика шизофрении	285
Интеллектуальные расстройства шизофреников	295
Данные неврологического исследования	298
Поведение больных шизофренией	301
Эмоциональная сфера шизофреников	307
Соматические типы и соматические изменения при шизофрении	310
Течение болезни	313
Парафрения	324
Распознавание шизофрении	325
Данные патологоанатомического исследования и сущность болезни	330
Прогноз и лечение	335
Шизофреники как правонарушители	339
21. Эпилепсия	340
Патологоанатомические изменения	355
Сущность эпилепсии. Генез отдельных явлений. Ограничение	357
Лечение и профилактика эпилепсии	363
Судебно-медицинское значение эпилепсии	368
Процессы, развивающиеся в связи с преждевременным изнашиванием	371
22. Психические расстройства на почве церебрального артериосклероза	—
Клиника церебрального артериосклероза	—
Распознавание артериосклеротических расстройств психики	377
Патологическая анатомия и патогенез	378
Прогноз, профилактика и лечение	384
23. Психозы климактерического и инволюционного периодов	385
Общие замечания	—
Общая характеристика психозов климактерического и инволюционного периодов	386
Клиника психозов климактерического и инволюционного периодов	390
Распознавание пресенильных психозов	397
Профилактика и лечение	399
24. Старческое слабоумие и старческие психозы	—
Старческое слабоумие	402
Болезнь Пика	407
Болезнь Альцгеймера	410
Соматические и неврологические данные при старческих психозах	411
Патологическая анатомия и патогенез	412
Распознавание старческих психозов	416
Профилактика и лечение	419
Процессы экзогенного происхождения	420
Инфекции	—

	Стр.
25. Сифилис мозга в собственном смысле	420
Сифилис мозга с анатомической стороны	430
Сифилис мозга в детском возрасте	431
26. Прогрессивный паралич помешанных	436
Определение понятия болезни	—
Клиника прогрессивного паралича	437
Результаты неврологического исследования при прогрессивном параличе	450
Разновидности паралича	457
Распознавание прогрессивного паралича помешанных	463
Патологическая анатомия прогрессивного паралича. Изменения в соматической сфере	466
Макроскопические данные со стороны центральной нервной системы	468
Данные микроскопического исследования	471
Особенности, свойственные отдельным формам паралича	475
Сущность процесса при прогрессивном параличе (позднем сифилитическом заболевании мозга) и отношение его к сифилису мозга	477
Профилактика и лечение нейросифилиса	479
27. Другие инфекционные заболевания	488
Рассеянный склероз	—
Эпидемический энцефалит	489
Патологическая анатомия. Лечение	499
Психозы в связи с острыми инфекциями	500
Инфекционный делирий	502
Аментивный симптомокомплекс	508
Постинфекционные преходящие психотические состояния	509
Постинфекционная дистимическая астенция	510
Явления амнестического симптомокомплекса	512
Стойкие состояния психической слабости	—
И н т о к с и к а ц и и	514
28. Отравление алкалоидами, ядами, вводимыми с пищей, и химическими ядами	—
29. Алкогольные психозы	522
Состояние алкогольного опьянения	525
Хронический алкоголизм	527
Корсаковский психоз	537
Соматические и неврологические данные у больных с алкогольными расстройствами	540
Патологическая анатомия	542
Лечение	543
30. Морфинизм, кокаинизм, опиофагия и другие наркомании	—
Кокаинизм	—
Морфинизм. Опиофагия	544
Лечение	548
Э к з о г е н н ы е п о в р е ж д е н и я	550
31. Психозы при травматических повреждениях и органических заболеваниях мозга	—
Опухоли головного мозга	551
Распознавание опухолей мозга	553
Патологическая анатомия и генез симптомов	554
Абсцес мозга	557
Солнечный и тепловой удар	—

VIII. Второй тип. Аномалии развития

Т о т а л ь н ы е а н о м а л и и	559
---	-----

32. Маниакально-депрессивный или циркулярный психоз	559
Развитие учения о циркулярном психозе ■ определение его сущности	—
Клиника циркулярного психоза	561
Соматические изменения при циркулярном психозе	—
Маниакально-депрессивный психоз у детей	577
Сущность болезни	580
Распознавание маниакально-депрессивного психоза и про- гноз при нем	583
Профилактика и лечение	587
33. Врожденные болезненные состояния	588
Конституциональная или эндогенная нервность	589
Психастения	592
Аномалии развития с преимущественным поражением зачатка (пар- циальные аномалии)	598
34. Психопатии	—
Клиника психопатий	600
Сущность психопатий	612
Социальное и ■ частности криминальное значение психопа- тических личностей	613
Профилактика и лечение	616
IX. Третий тип. Психические реакции и реактив- ные состояния	
35. Неврозы	618
Неврастения	622
Невроз ожидания	626
Истерия	—
Профилактика и лечение	640
Невротические реакции у детей	641
Реактивные состояния	651
36. Соматогении	—
37. Психогении	658
Психогенные реакции	659
38. Паранойя	673
Распознавание паранойи	681
39. Применение психотерапии ■ психиатрии	—
Гипноз	682
Явления гипноза	684
Техника и основные принципы гипнотерапии	689
Метод рациональной психотерапии	692
Психоаналитический метод Фрейда	704
Общие принципы психотерапии в детском возрасте	708
40. Состояние психического недоразвития (олигофрении)	710
Наиболее важные заболевания, сопровождаемые задержкой психического развития	718
Микроцефалия	—
Семейная амавротическая идиотия	722
Туберозный склероз	724
Водянка головного мозга (гидроцефалия)	725
Эндокринопатии	727
Кретинизм. Расстройства вследствие поражения гипофиза, эпифиза, надпочечников, зубной железы. Монголизм	728
Литература	733

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

За период, прошедший со времени выхода первого издания, выяснилась еще больше необходимость в пополнении сравнительно бедной психиатрической оригинальной и переводной литературы таким руководством, которое давало бы освещение основных психиатрических проблем в разрезе современной советской действительности. Изучение психиатрии даже в клинической части не может быть вполне достигающим цели, если оно должно вестись по иностранным руководствам или даже по оригинальным, но написанным хотя сравнительно недавно, но в иных условиях, при другом укладе жизни. Переживания душевнобольного, являясь отражением окружающей жизни, меняются в зависимости от страны, от времени, от изменяющихся экономических условий. Еще больше приходится считаться с динамикой в вопросах лечения и предупреждения заболеваний, самой организации невро-психиатрической помощи, в вопросах трудоустройства и правового положения душевнобольных. Та или другая система практических мероприятий в этой области является частью общей политики государства, соответствуя общим положенным в основу ее принципам. Колоссальные сдвиги в общих условиях жизни в нашем Союзе привели естественно к тому, что и психиатрия за последние годы строится по-новому, и как раз за последние годы вместе с осуществлением общего строительства ведется большая работа по реконструкции всей психиатрической помощи. При таких условиях понятна необходимость в таком руководстве, в котором и клинические картины и образы были бы не общими схемами, пригодными для всех времен и народов, а являлись бы перед читателем облеченными в советскую плоть и кровь и все изложение психиатрической теории и практики соответствовало бы советским установкам.

К этой именно цели автор стремился в первом издании, и внимание, оказанное руководству, говорит за то, что он стоял в этом отношении на правильном пути. При переработке своей книги для нового издания вместе с изменениями и дополнениями, которые оказались необходимыми, учитывая новые достижения психиатрии за истекшее время, автор стремился к большему единству изложения и стройности в теоретическом отношении; естественно, что это главным образом относится к общей части. Вместе с тем автор, делая те или другие изменения, старался учесть, кто и для каких целей будет пользоваться руководством. В психиатрии для изучающего ее и для преподавателя имеются две стороны. Не совсем изжито еще представление

о психиатрии — целом как о крайне узкой дисциплине, знакомство с которой необходимо и возможно только для ограниченного количества специалистов. Такой квалификации работников никакое вузовское преподавание готовить не может. Специалиста характеризует полное овладение клиникой заболевания, методами исследования, распознавания и лечения, равно как всеми вопросами организации специальной помощи. Такие познания могут быть приобретены углубленной работой в специальном учреждении после окончания вуза. Но все это одна сторона, это как бы второй этап в психиатрическом образовании, не обязательный для всех врачей. Кроме нее есть другая сторона — общие сведения о сущности психоза, причинах и условиях его развития, о проявлениях психоза вообще и таких заболеваний в частности, которые имеют наибольшее практическое значение, в особенности же о предупреждении, основах психопрофилактики и психогигиенической работы. Ознакомление со всем этим должно быть обязательным для каждого врача, кончающего вуз, если он хочет быть активным участником в строительстве новой жизни. Руководство имеет в виду прежде всего дать в более полном освещении сведения, необходимые каждому врачу; они должны войти в систему собственно вузовского преподавания. Изложение в книге с этой точки зрения является может быть слишком подробным, но опыт убедил нас, что учащиеся неохотно пользуются краткими учебниками, которые (при конспективности изложения) нередко дают слишком отвлеченные, мало говорящие схемы, перечни симптомов, а не живые образы. В руководстве имеются сведения более специального характера: они окажутся полезными для первоначальной ориентации тех врачей, которые, избрав для себя психиатрию, пожелали бы более углубленно поработать в этой области. Для более удобного пользования книгой сведения этого рода набраны иным шрифтом сравнительно с главной массой материала.

Последняя особенность нового издания — это то, что в нем нет особого раздела детской психопатологии. По существу он должен быть переработан и дополнен, но это увеличило бы объем книги, чего автор хотел избежать. К тому же советская литература располагает рядом новых руководств, относящихся к детскому возрасту. Абсолютно необходимые сведения по психопатологии детского возраста даны в соответствующих местах книги, главным образом при описании отдельных заболеваний.

Не могу не упомянуть, что изменения в книге являются в значительной мере результатом коллективной проработки основных вопросов вместе с врачами психиатрической клиники II ММИ и психиатрической клиники ВИЭМ. С особенной благодарностью должен упомянуть проф. Л. С. Выготского, Джагарова, А. И. Винокурову, Р. М. Зиман и К. А. Скворцова, а также д-ра А. М. Балашева, помогшего мне своими указаниями исправить ряд недосмотров, допущенных в первом издании.

В. Г п л я р о в с к и й

ВВЕДЕНИЕ

СУЩНОСТЬ ПСИХИАТРИИ, ЕЕ СОДЕРЖАНИЕ И ЗАДАЧИ

Психиатрия изучает отклонения в нервно-психической сфере и разрабатывает методы их лечения и предупреждения. Самое название (от ψυχή — душа, психика и ιατρέω — лечу) предполагает несколько иное понятие, но оно, как и многие другие, в том числе самые употребительные медицинские термины, относится к анахронизмам, которые правильно могут быть поняты только, если иметь в виду историю их возникновения. Этот термин предполагает существование души или психики как чего-то независимого от тела, чего-то, что может болеть и что можно лечить само по себе. Такой же смысл имеет термин психоз, или душевная болезнь. В настоящее время никто не сомневается, что психическое—это только одна сторона жизненных проявлений вообще и что психозы—это такие же соматические заболевания, как все, что изучает медицина. Но к этому выводу психиатрия пришла длительным и сложным путем, различные этапы которого определялись эволюцией во взглядах на сущность психического вообще и на отношение его к соматике.

До недавнего времени, как известно, был господствующим взгляд на психические явления как на чисто реактивные изменения, вызываемые процессами соматического порядка, с другой стороны, вся психика в целом считалась построенной по принципу мозаики из ощущений и вообще более элементарных явлений. Соответственно стремлениям психологии опереться не столько на наблюдение и самонаблюдение, сколько на данные эксперимента и изучения физиологии нервной системы, такой же подход имел место и в психиатрии. Последняя также стремилась в своих методах стать возможно более объективной и с давних пор к наблюдению присоединила эксперимент. Естественно, что в рассматриваемый период это были методы, разработанные вундтовской психологической школой, предполагавшей возможным разложить сложную психическую жизнь на отдельные, как бы самостоятельные способности. Вместе с уходом от ассоциационной психологии, или психологии снизу, выявилось новое направление—психология сверху, рассматривающая даже простейшие с виду явления как целостные и неразложимые на составные части психические акты. Такой взгляд соответствует и современным данным нервной физиологии, по которым даже такие простые явления, как кожные или сухожильные рефлексy, в своем формировании зависят от общего состояния не только нервной системы, но и организма в целом. Вместе с этим и прежние эксперименты с исследованием времени реакции, ощущения, различения и т. д. уступили место методам, имеющим целью изучить состояние психики в целом. При этом однако все более укрепляется взгляд, что и психические явления не могут рассматриваться как чисто реактивные и что психике в целом свойственны элементы самодвижения с возможностью известного творчества, так что душевное явление не может рассматриваться только как механический ответ на раздражение извне. В связи с иным пони-

манием сущности психического и другими подходами к его изучению как в нормальном, так и патологическом состоянии естественно возникает желание и прежний термин «психиатрия» заменить другим, более соответствующим современному пониманию. Однако различные попытки, которые делаются в этом отношении, не могут считаться удачными. Едва ли в интересах дела было бы говорить вместо «психиатрия» «патологическая рефлексология» (В. М. Бехтерев) или «тропопатология» — последний термин (от *ερόπος* — образ, характер, поведение) предлагается проф. В. П. Осиповым.

То же самое следует сказать относительно замены слова «душевнобольной» названием «личнобольной», как делает это проф. А. И. Ющенко. Конечно при психозах изменяется вся личность в целом, но едва ли обозначение «личнобольной» может считаться удачным. Слово «психиатрия» заменяется иногда термином «учение о душевных болезнях», но это делается с несомненным сужением объема явлений, подлежащих ведению психиатра. Помимо картин, складывающихся в форму более или менее определенной болезни, существует еще больше отклонений в нервно-психической сфере, не всегда указывающих на наличие душевного расстройства, например навязчивые идеи и галлюцинации. Применяется иногда название «общая и частная психопатология».

В общем, если внести в понятие «психиатрия» современное содержание, то это название можно сохранить как наиболее определенное ■ с давних времен приобретшее право гражданства.

Для выяснения самого содержания «психиатрии» и стоящих перед ней конкретных задач необходимо учитывать, что она давно пережила период, когда круг ее ведения ограничивался стенами психиатрических больниц.

К числу неизжитых предрассудков принадлежит часто высказываемое мнение, что с душевнобольными приходится иметь дело очень ограниченному кругу специалистов и что вне стен психиатрических больниц их едва ли можно встретить. В действительности же ■ последних их сравнительно очень немного. Если иметь в виду вполне выраженные случаи душевного расстройства, то по различным переписям количество их измеряется в десятых долях процента. Для довоенной России проф. Н. Н. Баженов принимал 3 на тысячу. Относящиеся к тому же времени переписи душевнобольных в отдельных губерниях (Московской, Петербургской и Уфимской) дали цифры, колебавшиеся от 1,8 до 2,4 на тысячу.

Те немногие переписи душевнобольных, которые производились в отдельных местах за последние годы, не показали увеличения. Видимо неблагоприятное действие войн и интервенций скрещивалось с противоположными влияниями, главным образом улучшением условий труда и быта.

Все же количество душевнобольных по всему Советскому союзу еще довольно велико. В наследство от царской России мы получили крайне неудовлетворительное как в количественном, так и качественном отношении обслуживание психиатрических больных стационарной помощью в специальных больницах, к тому же значительно разрушенных за годы войны и интервенции. При Советской власти больничное хозяйство было восстановлено, и число психиатрических коек было значительно увеличено главным образом за счет расширения существующих больниц. Все же в настоящее время не все душевнобольные могут быть обслужены стационарной помощью, почему в психиатрические больницы принимаются преимущественно больные, страдающие острыми формами заболеваний, социально опасные или не имеющие родных, могу-

щих за ними ухаживать. Остальные больные подлежат попечению родных ■ домашней обстановке, а специальными видами врачебной помощи они обслуживаются через районных психиатров и амбулатории. При таких условиях естественно, что с душевнобольными приходится иметь дело не только специалистам-психиатрам и не только в психиатрических больницах. Имея в виду именно эти данные, понятно, что психиатры в своей деятельности давно уже должны были выйти из рамок собственно больничной психиатрии, расширив круг своего ведения на всех больных и вне стен психиатрических больниц. Все пациенты, где бы они ни находились, требуют для себя если не госпитального, то других видов помощи, например патронажной, амбулаторной, ■ во всяком случае имеют право на внимание к ним с учетом особенностей их болезни. Естественно таким образом, что они нуждаются в помощи психиатра или по крайней мере врача, достаточно ориентированного в вопросах психиатрии.

Нужно иметь в виду, что кроме вполне выраженных случаев душевного расстройства бывают — и даже еще в большем количестве — больные сравнительно с незначительными явлениями, правильная оценка которых может быть дана однако только при помощи психиатра.

Последние десятилетия в особенности характеризуются тенденцией к расширению задач психиатрии и к включению в круг ее ведения начальных форм, т. е. случаев, ■ которых все болезненные явления еще очень слабо выражены, форм различных реактивных состояний в связи с соматическими расстройствами, инфекциями, интоксикациями, психической травматизацией разного рода, ■ частности в связи с профессиональными вредностями.

Если взять так называемые нервные болезни, то и здесь найдется немало психиатрической работы. Как в прежнее время, так и теперь контингент так называемых нервнобольных складывается сравнительно из небольших групп органиков и огромной массы больных с явлениями, относящимися к тому, что раньше называлось функциональными нервными заболеваниями. Среди них на первом месте по количеству должны быть поставлены больные с невротическими реакциями, вообще говоря, чрезвычайно частыми. Очень часто встречаются больные с реактивными состояниями, далее эпилептики и несомненно очень большое количество больных с начальными явлениями того или другого психоза. Дело в том, что при всех психозах, характеризующихся слабоумием, долгое время дело ограничивается эмоциональными расстройствами, по внешней форме могущими имитировать как невротические реакции. Естественно, что больные в этой стадии болезни не попадают в психиатрические больницы. Если они лечатся, то обыкновенно в общих и нервных амбулаториях и очень часто остаются на работе в прежних условиях, пока болезнь не примет настолько резкой формы, что в наличии психоза не приходится сомневаться даже неспециалисту. Что это так, видно из того очень частого явления, что такие «нервнобольные» через год-два лечения в общей и нервной амбулатории направляются в психиатрические больницы, а также из тех менее частых, но чреватых последствиями случаев, когда «неврастеник» или «психастеник», лечащийся в амбулатории, набрасывается на врача с ножом или неожиданно пускает в ход револьвер, потому что в действительности он с самого

начала был душевнобольным и свои бредовые концепции связал с лечащими врачами.

Все эти факты определенно говорят о том, что психиатрической работы чрезвычайно много и вне стен психиатрических учреждений. Легкие и начальные формы психозов обычно идут не в психиатрические учреждения, но именно в этом периоде особенно важна с точки зрения правильного подхода к больному и его лечения точная оценка, требующая специальных познаний. Это прежде всего относится конечно к громадной области нервных заболеваний, в которой работа невропатолога должна идти рука об руку с работой психиатра. Невропатология и психиатрия—две дисциплины, родственные между собой и не только соприкасающиеся, но и в известном смысле не отграничимые друг от друга. Органические заболевания центральной нервной системы, вообще говоря, представляют область, разрабатываемую невропатологами, которым главным образом принадлежит в этом отношении и компетенция. В особенности это относится к так называемым фокусным процессам, требующим для разрешения вопросов топической диагностики точных и всесторонних сведений по анатомии и физиологии нервной системы. Но органические поражения не могут не интересоваться также и психиатров, так как при них весьма постоянны, в особенности если речь идет о диффузном распространении процесса, более или менее значительные изменения в психической сфере. Например сифилис мозга интересует прежде всего невропатологов, что и естественно, так как для него характерны главным образом местные изменения, но мимо него ввиду возможности самых различных влияний на психику не могут пройти и психиатры. Прогрессивный паралич является особой формой сифилиса мозга и кроме психических изменений характеризуется наличием целого ряда неврологических симптомов. В начальных стадиях больные этого рода обычно лечатся у невропатологов, а в дальнейшем вместе с ухудшением психического состояния попадают в руки психиатров. В своем существе учение об этой болезни разработано главным образом психиатрами, которые положили также чрезвычайно много усилий для разработки методов его лечения. Область неврастенических, истерических и вообще невротических реакций интересует как невропатологов, так и психиатров. Нельзя забывать однако, что полное выяснение генеза расстройств, условий развития во всех этих случаях требует точного учета психической стороны и следовательно требует компетенции психиатра. Не случайно, что именно ввиду сложности этих явлений, требующих сугубого углубления в психическую сторону, возникла особая до известной степени дисциплина—психоанализ. Венский психиатр Фрейд, с именем которого связывается это направление, создавая его, исходил именно из анализа истерических расстройств. Неудивительно вообще, что невропатологам и психиатрам, равно как и вообще врачам разных специальностей, приходится делить неделимое, так как процессы, происходящие в нервной системе, в том числе те, которые дают симптомы неврологического порядка, и психические переживания—только разные стороны одних и тех же явлений. Естественно, что многие крупные психиатры из числа тех, что создавали психиатрию как науку, например Вернике, были и крупными невропатоло-

гами. В деле создания русской психиатрии невропатологи сыграли также крупную роль; в частности московская школа невропатологов и психиатров создана невропатологом проф. А. Я. Кожевниковым и его сотрудниками — невропатологом проф. В. К. Ротом и психиатром проф. С. С. Корсаковым. Если для того чтобы творить и создавать целые школы в разных, хотя и соприкасающихся областях, нужно быть ученым такого размаха, как Вернике, то для более скромной деятельности на практическом поприще вполне возможно совмещение одним и тем же рядовым врачом достаточной ориентировки в обеих дисциплинах. Во всяком случае нужно всячески стремиться к тому, чтобы и невропатологи были достаточно ориентированы в вопросах психиатрии и психиатры вооружены знанием основ неврологии, так как им приходится работать над одними и теми же явлениями, хотя они и подходят к ним с разных точек зрения.

Такие же близкие отношения имеются и в внутренней медицине, так как никто теперь не сомневается, что психозы — это заболевания всего организма. Мейнерт (1883—1892) в свое время определял психозы как болезни головного мозга и даже более точно — переднего мозга, т. е. больших полушарий. Это остается верным и теперь, так как в головном мозгу всегда имеются те или другие изменения. Но если принять во внимание, что органические заболевания мозга, как и вообще нервные болезни, являются в то же время и болезнями всего организма, то между двумя этими положениями нет противоречия, и точка зрения Мейнерта поглощается другой, более общей. На связь психиатрии с внутренней медициной первый указал также один из основоположников психиатрии, Гризингер (1814—1868), который, прежде чем сделаться психиатром, долгое время занимался внутренними болезнями. Действительно существует очень много расстройств в психической сфере, которые обязаны своим происхождением тем или другим соматическим заболеваниям и притом без того, чтобы наблюдались какие-нибудь процессы со специальной локализацией в нервной системе. Например существует большое количество психозов, характеризующихся наплывом галлюцинаций с более или менее значительным возбуждением, обязанных своим происхождением отравлению всего организма и в частности нервной системы. Очень многие картины делириозных состояний, возникающие в связи с инфекциями и интоксикациями, изучаются главным образом интернистами, хотя несомненно относятся к психиатрии. В психиатрические больницы такие больные обычно не попадают. Благодаря этому до последних эпидемий психиатры свои описания инфекционного бреда черпали главным образом из наблюдений терапевтов, например Либермейстера. Помимо вполне выраженных психозов нужно иметь в виду, что в связи с соматическими заболеваниями могут быть более легкие отклонения в психике, не укладывающиеся в форму определенного психоза, но все же имеющие большое значение для понимания всей картины болезни. Например туберкулезным больным свойственны более или менее значительные изменения психики, интенсивность которых нередко колеблется параллельно с изменениями основной болезни. То же следует сказать относительно болезней сердца, желудочно-

кишечного тракта, не говоря уже о болезнях обмена и очень большой группе эндокринопатий. Отсюда естественное заключение о важности совместной работы психиатров с терапевтами, о необходимости для последних ориентировки в психопатологии, равно как о необходимости основательного знакомства психиатров с вопросами патологии и терапии. Значение точного учета психической стороны в медицине вообще едва ли оценивается должным образом. Никто не станет отрицать, что действие одних и тех же лекарств и лечебных процедур будет существенно разниться ■ зависимости от обстановки, в которой проводится лечение, и форм, в каких дается лекарство, в особенности от личности терапевта, т. е. ■ конце концов от психических моментов. Неоднократно высказывалось мнение, что действие лекарств на $\frac{3}{4}$ зависит от суггестивных моментов и на $\frac{1}{4}$ от фармакологических свойств. С этим необходимо согласиться, если принять во внимание, что все приобретшие большую известность терапевты лечили теми же, часто очень простыми средствами, что и другие. Конечно имело значение, что эти средства применялись ими в той комбинации и форме, которые соответствовали особенностям болезни по существу, но и психотерапевтический элемент несомненно должен считаться очень большим. Психическая сторона очень важна также ■ гинекологии и акушерстве; это видно из постоянных изменений настроения во время менструаций, из частых случаев психозов, развивающихся в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом, далее из такого факта, как возможность проведения родов под гипнозом. Точный учет психической стороны имеет громадное значение ■ детской патологии как ввиду своеобразия психологии ребенка, так и потому, что все заболевания развивающегося организма в большей или меньшей степени отражаются на полноте интеллектуального функционирования и могут дать стойкие явления психической слабости. Едва ли вообще можно указать на какую-либо область медицины, где учет психической стороны не имел бы значения с точки зрения уяснения сущности расстройства в целом.

Но дело несомненно не ограничивается только одной медициной. Как вообще только условно можно провести границу между полным здоровьем и болезнью, так и психопатологическое не представляет чего-то свойственного только душевнобольному и ничего общего не имеющего с психикой здорового человека. Не случайно возникло стремление заменить самый термин «душевнобольной» и говорить о «личнобольных». Психоз действительно не есть что-то совершенно новое и не имеющее никаких аналогий в психике заболевшего им. В наиболее существенных своих компонентах он очень часто представляет усиление тех или других черт, свойственных вообще данной личности. Так, подозрительность и недоверчивость, представляющие обычные свойства какого-нибудь человека, в психозе принимают резко выраженную, иногда как бы утрированную форму, давая картину бреда преследования. Вполне ясному обнаружению психоза обычно предшествует очень длительный период, когда в психике наблюдаются те или другие изменения, имеющие прямое отношение к существу психоза, но по своей незначительности производящие впечатление постоянных особенностей характера. Для понимания их сущности конечно

необходимо сближение с вполне выраженным психозом, требующее психиатрической компетенции. Психика не есть что-либо неподвижное, а живое, постоянно текучее и изменяемое; здесь имеются свои приливы и отливы, подъемы и падения. Эта волнообразность имеет различную амплитуду в зависимости от интенсивности колебаний, свойственных всему живому, и тех воздействий извне, под которыми находится нервная система. Большая часть этих волн не выходит за условные границы того, что считается нормальными переживаниями, но при мало-мальски болезненном состоянии организма те же внешние причины, равно как и несколько более значительные внешние воздействия при том же состоянии организма могут дать волну, которую приходится расценивать как ясный уклон в патологию. Ясно при этом, что для понимания более обычных, но и более мелких волн — душевных движений — чрезвычайно большое значение имеет знакомство с ними, когда они, как это бывает в патологии, возведены в квадрат. При этом естественно легче подметить и самое явление и установить его связь с вызывающими причинами. В психике каждого человека много таких волн, таких колебаний, которые граничат с патологией. Едва ли можно найти человека, у которого не было бы когда-либо колебаний настроения, иногда очень значительных, приливов или отливов энергии, мимолетных навязчивых мыслей или таких состояний, когда под влиянием аффекта или при наличии особенной жизненной ситуации, хотя бы на короткое время, он теряет способность правильно оценивать явления. Нужно отметить один интересный факт, с которым постоянно приходится встречаться студентам и начинающим врачам, когда они читают учебники психиатрии. Знакомясь с описанием какого-нибудь психоза, они нередко к своему удивлению или даже испугу находят у себя симптомы того или другого душевного заболевания. Это конечно объясняется не только мнительностью или внушаемостью, вызванными болезненным состоянием, развившимся например вследствие переутомления, которое нередко у учащейся молодежи, и конечно это не говорит о том, что у них на самом деле развивается психоз. Сущность сводится именно к тому, что элементы, из которых складывается душевное заболевание, в зачаточной форме заложены в психике каждого человека; они обыкновенно очень слабо выражены, только намечены и не дифференцированы, так что большей частью дают повод думать не о каком-либо определенном психозе, а о психозе вообще. Соответственно этому и при чтении учебников психиатрии характер психоза, с которым усматривается сходство, меняется в зависимости от того, какие главы учебника изучаются. Элементы психопатологического широко распространены в жизни, и для понимания его, как и вообще психики человека, его поступков, стремлений, руководящих идей, импульсов, безусловно необходимо знакомство не только с патологией, но и психопатологией. Существует много явлений, ключ к пониманию которых может быть дан только психиатром.

Неудивительно, что для изучения нормальной психологии возникло особое направление во главе со Штеррингом, стремящееся сущность психических явлений выяснить из анализа психопатологических феноменов. Это имеет свой смысл, так как те же явления, преломляясь через призму болезни, становятся хотя обычно

и утрированными, и до известной степени искаженными, но в то же время более понятными по своей выпуклости и более ясной связи между причиной и следствием.

Сопоставление с теми или другими феноменами, относящимися к психопатологии, и вообще психиатрический анализ позволяют лучше уяснить происхождение и смысл многих явлений, имеющих большое значение в жизни. Понимание многих случаев заблуждений, предрассудков, иногда нелепых обычаев, религиозных суеверий очень облегчается, если подойти к ним с точки зрения психопатологии. То же следует сказать о многих народных сказках, мифах, легендах, богатых особой символикой, вскрытие которой возможно только с помощью психоаналитического метода Фрейда. Последний в своих работах «Психопатология повседневной жизни», «Толкование снов» и ряде других показал, как отражается на поведении человека борьба различных влияний, сознательных стремлений и инстинктивных побуждений, как он выдает свои затаенные желания в различных оговорках, ошибках памяти, в содержании сновидений. В основе этих явлений лежат те же механизмы, которые при большей интенсивности вызывающих причин дают определенно патологические феномены, например полное выпадение из памяти отдельных переживаний или целых периодов жизни (амнезии) или например бредовые идеи. Психопатологический анализ в особенности много может дать для выяснения характера социальных установок человека, его деятельности в самом общем смысле, понимая здесь и практическую, профессиональную работу, и различные виды творчества, и поступки, относящиеся к области правонарушений. Здесь нужно иметь в виду не только давно известные корреляции между душевным расстройством и преступностью, но и то, что для понимания движущих в таких случаях мотивов и самого механизма совершения криминального акта необходим психиатрический анализ с учетом особенностей данной личности в целом и взаимоотношений ее с окружающей средой. Всякий криминальный поступок человека заставляет искать или какие-то стойкие особенности в психической личности и ее социальных установках или внезапно наступающие, под влиянием различных моментов, сдвиги в психическом функционировании с извращением обычных форм поведения. Как в том, так и в другом случае необходим точный учет психической стороны, и очень часто сам собой возникает требующий конкретного решения вопрос о наличии душевного расстройства или таких изменений психики, которые исключают возможность применения мер судебно-исправительного характера.

Психиатрический анализ необходим также во всех случаях самоубийств и покушений на него. Правда, можно представить себе случаи, когда на такой акт, противоречащий самому сильному из инстинктов—самосохранению, человек идет в полном обладании своими психическими силами, видя в нем единственный логический выход из сложившейся ситуации, но большей частью самоубийцы относятся к лицам, находящимся в болезненном состоянии и очень часто с определенной душевной болезнью.

Социальное значение самоубийств очень велико и в связи с этим большое значение приобретает и психиатрический анализ этого явле-

ния. В частности он необходим для оценки тех нередких случаев, когда самоубийство совершается не одним лицом, а двумя или несколькими, а также тех, когда одно самоубийство, совершаемое каким-нибудь определенным способом, вызывает целый ряд самоубийств других лиц, не имеющих никакого отношения ни к первому самоубийце, ни друг к другу и совершающих этот акт с точным повторением первоначального в смысле места и способа самоуничтожения. Так за несколько лет до мировой войны наблюдался целый ряд самоубийств по одному и тому же способу—самоубийцы бросались с колокольни Ивана Великого в Кремле. С теми же явлениями внушения и подражания, требующими в такой же степени психиатрического анализа, приходится встречаться и во многих других случаях. Они в особенно яркой форме выступают там, где это внушающее действие сказывается не по отношению к отдельным лицам, а группам их, целой толпе. Здесь приходится считаться с ролью взаимной индукции отдельных членов коллектива друг на друга, повышающей суггестивное действие, благодаря чему легко возникают стихийные душевные движения, выражающиеся в панике, в жестоких актах самосуда или, наоборот, в состояниях необычайного воодушевления и возбуждения, толкающих на совершение героических подвигов.

С теми же явлениями приходится считаться при анализе условий возникновения различных вероучений, сект, например хлыстов. Психиатрический подход, примененный к этим случаям, обычно открывает в них те же механизмы, которые имеют место при возникновении психических эпидемий, например кликушества.

Поскольку жизнь со всеми своими проявлениями, в том числе и с патологическими уклонами, находит себе отражение в литературе, поэзии и искусстве, и здесь иногда психиатрический анализ может дать много ценного для уяснения сущности явлений в целом. Например понимание таких типов, как Ставрогин в «Бесах» и князь Мышкин в «Идиоте» Достоевского, было бы невозможно, если бы не делать сближения с определенными заболеваниями, в первом случае с психозом, известным под именем шизофрении, а во втором—с картиной эпилепсии. Конечно художник пера или кисти, зарисовывая какие-нибудь патологические типы, преследует свои цели и не имеет в виду в своих работах дать материал для иллюстрации соответствующих глав психиатрии, но все же остается фактом, что душевнобольных можно нередко встретить не только в жизни, вне стен психиатрических больниц, но и в литературных описаниях. При оценке художественных произведений большое значение имеет анализ личности автора, в которой также могут быть отклонения в сторону патологии. Среди гениальных и талантливых мастеров искусства таких уклонов вообще больше, чем среди лиц с средним умственным уровнем. Обыкновенно речь идет не о вполне выраженном психозе, а о более или менее значительных отклонениях, укладывающихся в рамки того, что носит название психопатических личностей или патологических характеров.

С этой стороны можно считать определенным фактом, что среди психопатов очень много людей не только с хорошо развитым интеллектом, но даже обладающих большим, хотя часто и односторонним, да-

рованием. Неудивительно, что психиатр много может сказать при оценке произведений таких художников, как Врубель, Чюрлянис, ван-Гог, или таких писателей и поэтов, как Эдгар По, О. Уайльд, Стриндберг и многие другие.

Из приведенных данных ясно, что психиатрической работы чрезвычайно много и вне стен психиатрических больниц и даже вне психиатрии и медицины в собственном смысле. Конечно врач не должен забывать о своей первейшей обязанности—оказывать возможно в большей степени помощь лечебного и профилактического характера. В этом отношении крайне важно точное и как можно более раннее установление характера заболевания и вызывающих его причин. Опыт показывает, что чем раньше распознана болезнь и чем раньше начато правильное лечение, тем больше надежды на его успех. При таких условиях можно добиться чрезвычайно хороших результатов, дающих право говорить о выздоровлении даже по отношению к таким заболеваниям, как прогрессивный паралич помешанных, раньше считавшийся совершенно неизлечимым. Раннее и точное распознавание требует психиатрической компетенции ■ следовательно оценки специалиста-психиатра. Отсюда следует как будто логически вывод в том смысле, что необходимо увеличить число врачей-психиатров настолько, чтобы ими можно было обслужить все пункты, ■ которых ведутся обследование и лечение больных, т. е. все больницы и амбулатории. Это конечно не под силу никакому капиталистическому государству, как бы богато оно ни было, но несомненно должно будет проводиться у нас по мере роста благосостояния трудящихся. Поэтому остается один выход—стремиться к тому, чтобы самые основные психиатрические сведения и в особенности психиатрическое мышление было достоянием не только узкого круга специалистов, а широких масс врачей. Жизнь постоянно ставит врача перед разрешением вопросов психиатрического порядка, независимо от его специальности, и он не может отмахнуться от них и далеко не всегда может воспользоваться консультативной помощью товарищей-психиатров. Поэтому всякий врач должен сделаться, вооружив себя необходимыми знаниями, до известной степени психиатром. Это тем более нужно, что для правильного разрешения вопроса иногда очень важно не столько дать полную и исчерпывающую оценку случая, сколько заподозреть возможность развития того или другого психоза. Поскольку всякий психоз есть прежде всего соматическое заболевание и вызывается теми же моментами, с которыми приходится встречаться вообще в патологии, постольку общая психиатрическая оценка может быть достоянием каждого врача.

Во всяком случае нужно надеяться, что не может быть возврата к прошлому, когда психиатры замыкали свою работу тесными рамками специальных больниц и ничего не знали, кроме того, что могли там видеть, а врачи других специальностей ничего не знали о психиатрии как науке, хотя должны были разрешать психиатрические вопросы.

Такая тесная связь психиатрии с общей медициной как в смысле изучения, так и в практической деятельности абсолютно необходима для достижения успеха в лечебном направлении. Но задачи медицины вообще не могут ограничиваться только лечением отдельных случаев. Так же дело обстоит и в психиатрии. Сравнительно мало ободря-

ющие результаты при лечении сложившейся душевной болезни, в особенности если она запущена, еще больше заставляют направить энергию на активную работу в профилактическом направлении, обещающую гораздо больше успеха в смысле нервно-психического оздоровления населения. На этом фронте у психиатрии и у общей медицины одни и те же враги, именно: инфекции, интоксикации, истощение на работе и недостаточное питание, неустройство семьи и быта. Естественно, что в этой борьбе врачи разных специальностей, в том числе и психиатры, должны слиться в одну армию, и конечно, чем больше составляющие ее единицы будут вооружены психиатрическими и психогигиеническими сведениями, и чем больше проявят психиатрического понимания в установлении причин и следствий заболеваний, тем успешнее будет общая работа по достижению конечной цели — уничтожению болезней и созданию новых, крепких поколений.

1. СУЩНОСТЬ ПСИХОЗА

Взгляды на сущность психоза проделали длинную эволюцию, ознакомление с которой необходимо для понимания современных точек зрения. Было время, когда болезнью считались отдельные признаки, например *stultitia* (глупость) или *amor* (любовь). Во времена Мореля и позже отдельные болезненные симптомы, навязчивые мысли, такие например, как болезнь прикосновения, болезненное сомнение или отдельные бредовые идеи, также имели значение болезни. История сохранила нам такие названия болезней, как ликантропус, когда больному казалось, что он превратился в волка и вел себя соответствующим образом, *furo* (неистовство), *suicidium* (самоубийство) и др.

Естественно, что мания и меланхолия, или липемания, представление о которых и самые названия имеются еще у Гиппократов, также считались на всем протяжении XVIII столетия отдельными заболеваниями. То же самое относится к понятию *dementia* (слабоумие), относительно которого еще Эскироль дал верные критерии для отличия врожденных изменений от приобретенных. Начатые в XVIII столетии систематические вскрытия трупов душевнобольных указали на то, что в мозгу с большим постоянством находят более или менее значительные изменения. При этом чем больше знакомились с этой стороной дела, тем в большем числе случаев изменения были находимы. Хотя к данным вскрытия сначала относились без должной критики, относя к психозу все находимые, и в том числе случайные, изменения, и к тому же очень переоценивали их роль в происхождении явлений психического расстройства, все же эти первые анатомические исследования, хотя и несовершенные по технике, имели большое значение для установления правильных взглядов на то, что такое психоз. Именно они заставили психиатрическую мысль работать в том направлении, что душевное расстройство, по крайней мере в части случаев, представляет определенный мозговой процесс. В первой половине XVIII столетия и до открытий Фритча и Гитцига, положивших начало изучению корковых центров и их локализации, а также до работ Мейнерта сведения о строении мозга и в особенности о функциях его отдельных участков отсутствовали почти полностью. Но именно анатомический метод, как наиболее объективный, особенно способствовал выработке научного психиатрического мышления и заставил искать в клинике такие же стойкие, постоянные симптомы, каковы были и находимые в мозгу изменения. Не случайно, что вместе с изучением собственно психических проявлений психоза стали обращать внимание на физи-

ческие признаки. Указания Эскироля на серьезное прогностическое значение расстройства речи в некоторых случаях психозов (*le trouble de la parole est un signe mortel*) в период, когда о прогрессивном параличе не имели представления, ясно говорят за то, что важность физических признаков для понимания сущности психоза отдельными выдающимися психиатрами признавалась уже в то время. Еще больше о том говорит установление Байлем ■ 1822 г. понятия о прогрессивном параличе как сочетании известных психических симптомов с физическими признаками со стороны зрачков и речи. Хотя знакомство с точным анатомическим субстратом прогрессивного паралича началось значительно позже, именно со времени работ И. П. Мержеевского (1875 г.) и Тютчека (1884 г.), все же со времени Байля нужно считать историю этой болезни в современном понимании, и по справедливости 1922 г. был отмечен ■ специальной литературе как столетняя юбилейная дата. Несколько позже началось знакомство с патологической анатомией старческого слабоумия, которое долгое время считали чем-то близким к параличу помешанных, и еще позже с патологической анатомией церебрального артерioskлероза. Эти факты, равно как и вообще постоянные указания на различные изменения в мозгу душевнобольных в связи с разработкой учения о строении мозга и об отправлениях отдельных его частей дали возможность Мейнерту построить свое учение о психозах как о болезнях головного мозга и даже более точно — о болезнях полушарий большого мозга (*die Erkrankungen des Vorderhirns*).

Очень много давший для психиатрии Вернике по своим основным точкам зрения еще в большей мере был анатомом, к тому же хорошо ориентировавшимся в вопросах неврологии. Используя учение об афазиях того времени, он дал схему построения психозов и разделения их, исходя из принципов схемы афазии Лихтгейма. Успехи анатомии и физиологии нервной системы, чрезвычайно много давшие прежде всего для неврологии, были причиной некоторого увлечения анатомическим методом и привели к несколько одностороннему пониманию психоза, именно как заболевания только мозга. Эта гипертрофия внимания к одной только стороне дела, хотя и очень важной, не была однако очень продолжительной. Приблизительно в то же время работал Гризингер, который, будучи глубоко проникновенным психиатром, по своему медицинскому мышлению был также интернистом. Это дало ему возможность шире взглянуть на сущность психоза, для развития которого он считал важными изменения не только в мозгу, но и во всем организме.

Такая точка зрения в последующие периоды стала господствующей. И теперь можно считать установившимся взгляд, что хотя нервная система является очень чувствительным реагентом и в различных клинических картинах, развивающихся в качестве реакции на те или другие раздражения, акцент ставится именно на психике, — источник этих раздражений во всем организме. Справедливо также, что очень часто в мозгу имеет место преимущественная локализация изменений и процессов, затрагивающих весь организм.

Концепция о примате головного мозга в генезе психических изменений, с другой стороны, была очень продуктивна, так как сыграла роль своего рода рабочей гипотезы и повела к интенсивной, не прекращающейся и в настоящее время разработке вопросов нервной анатомии и физиологии. Вопросы локализации психических функций, которые так ясно разрешались во

времена Мейнерта, правда в измененной постановке, изучаются и теперь. Положение, что мозг в известном смысле является носителем психических функций, еще для исследователей XVIII столетия представлялось доказанным на основании данных сравнительной и патологической анатомии. Особенно убедительными казались данные вскрытия душевнобольных. Чрезвычайно много усилий было затрачено на разрешение очень важной проблемы, какие именно отделы и системы мозга должны при этом прежде всего иметься в виду. Чтобы легче было ответить на различные возникающие здесь вопросы, необходимо предварительно сделать небольшую экскурсию в учение о локализации функций головного мозга, как на нее принято смотреть с точки зрения цитоархитектоники и миелоархитектоники в связи с данными эмбриологии и сравнительной анатомии. Мысль о местонахождении отдельных душевных способностей в различных участках мозга, как известно, была высказана впервые около 100 лет назад Галлем; по его мнению особенно сильное развитие какой-нибудь черты характера ведет к чрезмерному развитию определенной части мозга, находящему себе соответствие в чрезмерном выстоянии прилежащей части черепа. Это учение, так называемая френология, не удержалось, так как в основе его не было в сущности никаких анатомических или психологических данных; но в нем содержалась близкая к истине догадка о неодинаковой функции различных участков мозга. В последующее время общепринятым было мнение Флуранса о равноценности для нервно-психической деятельности всех участков мозга. Только известные исследования Фритча и Гитцига с раздражением электрическим током различных отделов коры (1870 г.) заставили иначе взглянуть на положение дела. Правда, старые взгляды не сразу были оставлены. Например Фр. Гольц сначала высказывался против нового учения и только потом стал соглашаться, что передние отделы полушарий предназначены для иных целей, чем задние. Гудден первым приписывал движение, а вторым—чувствование. Мунк полагал, что определенную локализацию имеют только высшие органы чувств, двигательные же акты—только в той мере, поскольку зависят от чувствований. Первая наиболее обоснованная попытка поставить в связь психические функции с определенными отделами головного мозга принадлежит Флексигу. Он обратил особое внимание на те части полушарий, которые не содержат каких-либо двигательных или чувствующих центров ■ являются как бы немymi. Эти участки не содержат проекционных волокон и должны нести поэтому ассоциационные функции. Флексиг различает главным образом два ассоциационных центра: 1) большой задний, или теменно-височный центр, включающий всю теменную долю, большую часть затылочной, 2-ю и 3-ю височные извилины; 2) передний, или лобный, ассоциационный центр—почти вся лобная доля. Главное основание для такого выделения Флексиг видит не только в отсутствии в указанных отделах проекционных путей, но и в данных эмбриологии, отчасти гистологии. Как известно, ему принадлежит свой особый метод изучения различных путей в головном мозгу, именно изучение их в различные периоды развития, когда еще идет обложение нервных волокон миелином. По его исследованиям обложение миелином совершается далеко не везде одновременно, а по отдельным системам волокон, объединенным тождеством функций. При этом проекционные волокна гораздо раньше заканчивают в этом отношении свое развитие, ассоциационные же значительно позднее. Волокна в так наз. ассоциационных центрах как раз очень поздно, только после рождения, начинают получать миелиновую оболочку, а отсюда делается вывод, что они имеют преимущественное отношение к более поздно развивающейся душевной деятельности. Флексиг при этом находит возможным, расчленив последнюю, приурочивать к тому или другому ассоциационному центру определенные ее компоненты, именно: к теменно-височному центру—положительные знания, деятельность фантазии, духа, а к лобному—чувствующие и волевые акты, то, что составляет наше «я»; здесь также сохраняются следы ощущений от всего тела.

Относительно лобных долей впрочем аналогичные мнения высказывались как раньше, так и после Флексига на основании других соображений. Сюда нужно отнести Мейнерта, а также Фритча и Гитцига, считавших эти доли мозга органом абстрактного мышления. Аллен Старр связывал с деятельностью лобных долей процессы суждения, аперцепцию, С. С. Корсаков—направляющую силу ума, Грассе—высшие психические процессы сознания и воли.

Гипотеза Флексига о локализации психической деятельности в ассоциационных центрах с самого начала пользовалась большим вниманием. За последнее десятилетие она встретила возражения со стороны представителей анатомо-гистологической школы, главным образом в лице Бродмана и О. и Ц. Фогт, по мнению которых невозможно провести строгое различие между ассоциационными и проекционными системами, так как и в лобной доле, и височных извилинах, и теменной доле имеются проекционные пути; если их нельзя выделить по методу развития, то существование их легко доказывается по методу вторичного перерождения. Каждый участок коры распадается на ряды секторов со своими проекционными и ассоциационными волокнами, причем возможность существования и двигательных и чувствующих отделов совершенно исключается, и для ассоциационных центров в смысле Флексига таким образом не остается места. Эти возражения касаются только гистологической стороны вопроса. Что же касается самого положения о неодинаковой функции различных отделов мозга, то О. и Ц. Фогт пошли даже дальше Флексига, так как склонны приписывать каждому из корковых ареалов определенную неврологическую или психическую функцию. При решении вопроса о локализации психических функций нельзя игнорировать данных сравнительной анатомии и эмбриологии. Обращая внимание на цито- и миелоархитектонику у человека и у животных, невольно приходишь к выводу, что характерным для человека является именно устройство теменных и лобных долей (особенно центра Брока) и извилин Гешля, относящихся к верхней височной извилине. Маусс говорит о всех этих участках, как о чем-то специально свойственном только человеческому мозгу. Вполне естественно сопоставить эту разницу в строении с очень большим различием и в психической жизни. Эмбриологические исследования, с другой стороны, говорят за то, что вся передняя часть мозга (до центральной борозды) представляет образование более позднее (Neopallium) сравнительно например с основанием мозга, центральными ганглиями и зрительной зоной затылочной доли (Archipallium). Так как зародыш в своем развитии проходит все те фазы, какие можно доказать в развитии рода, то с Neopallium имеется более оснований связывать психическую жизнь человека. Те же эмбриологические исследования дают очень много интересных данных для решения того же вопроса о локализации не в смысле сравнения в этом отношении различных участков поверхности полушарий, а в смысле неодинаковой функции отдельных слоев коры, идя от поверхности вглубь. Если иметь в виду клеточные элементы, то оказывается, что в известный период развития можно видеть только два слоя клеток, наружный и внутренний; из дальнейшего развития их и получается шестислойный тип; при этом слои, более глубокие, ближе лежащие к белому веществу, дифференцируются в более ранние периоды, чем наружные. Что касается волокон, то Каес на основании истории развития различает два главных слоя: внутренний—до наружного края наружной полоски Бейаржера, и наружный; в течение первых месяцев внеутробной жизни идет преимущественное развитие внутреннего слоя, заканчивающееся к 19—20 годам; наружный слой сначала бывает очень широк, но большей частью не содержит волокон; последние появляются здесь только с 8-го месяца жизни, и дальнейшее развитие прогрессирует до 20 лет, в меньшей же степени продолжается до своего кульминационного пункта—45 лет. Эти данные заставляют думать, что именно наружные слои коры должны считаться носителями высших психических функций. К этому мы могли бы прибавить, что и при патологических условиях, в случаях душевных заболеваний, здесь часто оказываются наибольшие изменения.

Патологические случаи дают много ценного и по вопросу о локализации психических функций, в особенности много наблюдений имеется относительно лобных долей. Если иметь в виду область душевных заболеваний, ведущих к стойкому слабоумию, то здесь прежде всего приходится считаться с фактом очень частых и значительных изменений именно лобных долей. Наиболее прочно это нужно считать установленным по отношению к прогрессивному параличу помешанных. Преимущественное изменение лобных извилин при этой болезни было известно еще Мейнерту и даже раньше его. По нашим наблюдениям нечто аналогичное замечается и при других заболеваниях. При старческом слабоумии атрофия извилин хотя сравнительно с прогрессивным параличом носит более разлитой характер, но очень часто больше всего бы-

вает выражена в лобных отделах. То же в значительной степени можно сказать относительно исходных состояний раннего слабоумия.

Очень большой материал для разрешения вопроса об отношении лобных долей и вообще очаговых поражений к психике дают наблюдения Х. Бергера и в особенности К. Гольдштейна. По их данным очаговые заболевания могут вызвать расстройства психического функционирования и это в особенности относится к лобным долям. Как мог установить К. Гольдштейн на основании наблюдения и психологического эксперимента над ранеными с повреждением лобных долей, местное поражение дает расстройство не одной какой-либо психической функции, а всей психики в целом. При этом в случае более обширных повреждений имеет место не механическое наложение одного расстройства на другое, а все симптомы представляют нарушение одной и той же функции. При поражении лобных долей все наблюдающиеся явления со стороны внимания, узнавания, памяти, волевых функций (ослабление инициативы) сводятся к одному—именно к расстройству способности воспринимать самое существенное в изучаемом явлении, или, как он говорит, выражаясь в духе *Gestaltpsychologie*, ■ способности образовывать фигуру и отделять ее от фона. При этом то или другое поражение очага влияет на преимущественное расстройство дифференцировки определенных функций.

Разработка вопросов архитектоники происходит и в настоящее время, хотя ценность получаемых результатов для учения о локализации психических изменений не всеми признается в одинаковой мере. В настоящее время происходит борьба двух принципов в распределении изменений, имеющих наиболее важное значение для психических изменений. Ареальному типу распределения изменений по поверхности (по миело- и цитоархитектоническим полям) противопоставляется ламинарный тип, предполагающий неодинаковую интенсивность поражения нервных элементов по отдельным слоям коры, идя от поверхности вглубь. Естественно, что тот и другой тип не только не исключают, а скорее дополняют друг друга, но отдельные исследователи придают больше значения то одному, то другому моменту. Для оценки положения, которое никак не может считаться окончательным, так как изучение всех связанных с локализацией психических изменений проблем не закончено, имеет значение то, что борьба мнений идет и по другой линии. Школа О. Фогта акцент ставит на том, что в известных системах, топистических единицах, цитоархитектонических полях нервные элементы обладают не одной и той же степенью ранимости и что в некоторых системах она бывает особенно велика. Именно этим О. Фогт объясняет особую ранимость *pallidi*, аммоновых рогов, благодаря которой изменения в их области бывают более выражены, чем в других отделах. Другие исследователи справедливо указывают на то, что преимущественное поражение может объясняться условиями кровообращения в этих участках. Действительно кровообращение как в упомянутых отделах, так и в некоторых других, относимых О. Фогтом к пропатолизмам, представляет много особенностей, могущих иметь отношение к патологии, и в частности относительно очень частого поражения *pallidi* при отравлении окисью углерода это можно считать доказанным.

Вопросы о локализации психических изменений, имея в виду не мозг в целом, а отдельные его системы, несмотря на большие достижения гистологии и физиологии, остаются очень сложными и запутанными. Установление новых фактов дало в общем изменение самой постановки вопроса, но не привело к его разрешению. Психиатры, строя учение о психозе, стараются опереться на новые точно установленные данные, но все же последних оказывается не так достаточно, чтобы возможны были прочные выводы и построение каких-нибудь не поддающихся критике схем и систем. В частности не может считаться бесспорным положение, что неодинаковое строение отдельных участков обязательно указывает на различие в функции.

Что вопрос о локализации психических изменений представляет большие и может быть неразрешимые трудности, видно из того, что по этому вопросу высказываются с особенной осторожностью как раз исследователи, наиболее компетентные в гистологии нервной системы, тогда как психопатологи, не работавшие сами в этой области, склонны делать более смелые обобщения. В психопатологии, равно как и в психологии, оказался очень продуктивным принцип послойного строения психики, причем структурный анализ открывает, что отдельные психические наслоения, в общем не накладывающиеся просто механически друг на друга, а как бы проникающие одно в дру-

гое и влияющие друг на друга, различны по времени своего формирования. Наиболее старыми не только в онтогенетическом, но и в филогенетическом отношении являются те слои, которые более интимно связаны с нашим «я», с сознанием личности как таковой, с тем, что Шильдер называет кругом представлений нашего «я» (Ichkreis, Ichnähe). Этому кругу противопоставляются психические слои переживаний, не так интимно связанные с «я», обозначаемые как сфера «Ichferne». Концепция Шильдера является исключительно психологической. Берце пришел к аналогичным взглядам относительно разделения этих двух сфер, но сделал попытку положить ■ основу некоторые гистологические данные. Он отличает импрессиональную и интенциональную зоны. В первой воспринимаются впечатления, собирается материал для психической, в собственном смысле, работы, которая протекает в интенциональной зоне; из последней даются также импульсы для совершения тех или других актов; здесь собственно сосредоточивается психическая жизнь, тогда как процессы импрессиональной зоны могут быть названы только допсихическими. Импрессиональная зона по мнению Берце соответствует трем верхним слоям коры, а интенциональная — остальным, более глубоким. Не подлежит сомнению, что в коре заложены перцепторные и эффекторные элементы и слои, но из анатомических исследований не вытекает, что возможно выделение импрессиональной и интенциональной зон в смысле Берце. В концепциях последнего верно указание, что процессы, связанные с деятельностью органов чувств, только с известного момента начинают быть психическими. По очень употребительной терминологии Семона в результате деятельности органов зрения, слуха и др. происходит процесс энграфии с образованием энграмм — отпечатков воздействовавших раздражений. Этот процесс энграфии, по существу физический, только для небольшого количества раздражений дает повод к собственной психической работе. Для этого нужно, чтобы на них было обращено внимание.

Жизнь влечений, инстинктов ■ эмоций ■ локализационном отношении принято связывать с деятельностью подкорковых узлов. В этом нет ничего логически недопустимого, так как, с одной стороны, к психической жизни несомненно имеют отношение не только полушария большого мозга, тем более не одна кора, с другой же стороны, часть подкорковых узлов (чечевицеобразное ядро) представляют отшнуровавшуюся в ранние периоды развития и модифицированную ■ своем строении кору. Но все-таки на это нужно смотреть как на схему, только в самой общей форме характеризующую соотношение явлений. В особенности трудно локализовать жизнь эмоций. Поскольку их появление связано с вазомоторными и вообще вегетативными изменениями, имеющими для себя особые центры в подкорковых узлах ■ стволовой части, эта схема имеет известные основания. Но аффективная жизнь находится в тесной зависимости от состояния химизма и даже от физических изменений крови (например жажда при уменьшении количества воды в организме). Известные аффективные состояния, например страх, можно вызвать экспериментально, влияя на химизм крови. Таким образом аффективная жизнь, допуская лишь самую общую и очень разлитую локализацию, едва ли может быть точно приурочена к каким-либо определенным центрам, в частности к подкорковым узлам. С другой стороны, нельзя отказать в известном отношении коры полушария к эмоциям. Это видно из того, что у животных с неразвитыми полушариями большого мозга эмоциональная жизнь находится в самом зачаточном состоянии.

В общем приурочение более старых и, с другой стороны, позднейших психических слоев и образований к определенным отделам или системам нервных элементов в грубом локализационном смысле едва ли возможно по самому существу, но функциональное разделение может быть проводимо с полными основаниями. К тому же оно оказывается очень продуктивным при выяснении происхождения очень многих расстройств в нервно-психической сфере. Несомненно, что в связи со все большим развитием коры полушарий увеличивается роль тормозящих влияний, и инстинктивные стремления первобытной психики все больше оказываются подавленными. Этому и в сфере поведения соответствует то, что импульсивные, чисто рефлекторные, иногда судорожные реакции все больше уступают место более планомерной деятельности, направленной к сознательной цели. Но в некоторых случаях не только собственно при психозах, но и при сильных душевных движениях у здорового человека, например при сильном страхе, устраняется действие

приобретенных тормозов, и выступают на смену первобытные стремления, инстинкты, аффекты в самой первобытной стихийной форме и освобождаются: примитивные формы двигательных реакций, к которым относятся такие явления, как обмороки и судорожные припадки.

Вопрос о локализации психических функций, стоящий в связи с разрешением психофизической проблемы, за последнее десятилетие, особенно за самые последние годы, был подвергнут коренной переработке, и можно считать, что некоторые основные положения намечаются с полной определенностью. Следует отметить при этом, что эта переработка пошла значительно далее критического пересмотра и отбрасывания неверных теорий. К числу последних прежде всего следует отнести идеалистические концепции о существовании для психики ■ целом и для отдельных ее сторон особых центров как сформированных образований, передающихся в ряде поколений, определяющих основные моменты ■ жизни личности, даже всю его судьбу. Отражением таких взглядов является до известной степени и вышеупомянутая теория Флексига о существовании особых центров для психического функционирования и психологические взгляды О. Фогта. Хотя и на Западе происходит за последнее время пересмотр вопросов, связанных с психофизической проблемой, все же основным является господство идеалистических, в частности виталистических теорий. Э. Кречмер в работе «Кризис познания» говорит, что подлинное познание не есть только наука, но особого рода искусство, способное улавливать дух. Как выявление этого предвечного духа рассматривается инстинктивная жизнь, свойственная всей организованной материи, так называемое горме у Монакова ■ Мурга, которые называют ее своеобразной совестью протоплазмы. Совершенно в том же духе витализма Блейлером сконструирована «психоида» в смысле формы психики, свойственной всякой органической жизни, связана ли она с нервной или какой-нибудь другой тканью. В идеалистическом духе строятся теории о наличии особых центров социальных и религиозных инстинктов в области III желудочка (Кюнкель). В связи с учением о строго локализованных определенных центрах стоит другое положение, также характерное для западной мысли, это именно положение о предопределении функции мозговыми структурами и как бы неподвижностью последних. Функция целиком как будто зависит от мозговой структуры, последняя же в неизменной форме передается из поколения в поколение. Подобно тому, как изначала существует высший дух и особые центры как вместилище для него, так имеются и строго обособленные структуры, идущие впереди функции и механически ее определяющие. Это относится к мозговым структурам человека, которые неодинаковы у различных людей, различны у различных рас, обрекая «низшие» из них на зависимое положение. Такого рода взглядам не чужд даже такой крупный ученый, как О. Фогт.

Переработка учения о локализации психических функций в советской психоневрологии прошла несколько этапов. Первым из них был рефлексологический подход, носящий характер грубо механистического. Для него, в особенности для рефлексологии Бехтерева, характерно было стремление уйти от рассмотрения субъективной стороны переживаний и опереться на точный анализ только того, что может

изучаться строго объективным путем. Для Бехтерева вся психология сводилась к объективной рефлексологии, для школы Павлова она — учение о высшей нервной деятельности, понимаемой как система условных рефлексов; тем же стремлением избежать опасности субъективизма характеризуется и американский бихевиоризм. Нельзя не отметить, что в упомянутых физиологических направлениях имеется очень много прогрессивного, так как проблема ими ставится на путь объективного изучения, хотя и в духе механицизма. От этого этапа научная мысль стала отходить, как только психоневрология в целом стала перерабатываться под углом зрения диалектического материализма. Большое значение имел в этом отношении съезд по психологии поведения в 1930 г. В качестве его достижений А. Б. Залкинд отмечает признание за психикой элементов активности и самодвижения. Особенно же большую роль сыграла дискуссия на философском фронте с ее развитием в области психологии.

Для понимания современного подхода к рассматриваемой проблеме важен точный учет того, что дано различными направлениями, в частности данными, добытыми физиологами. Это те молекулярные и химические движения в мозгу, о которых говорит Энгельс. Хотя он высказывается в том смысле, что мышление — не просто совокупность физико-химических процессов и что последними не исчерпывается его сущность, все же точное знакомство с этой стороной существенно необходимо для уяснения всей проблемы. В частности большое значение при этом имеет генетическое изучение душевной жизни; оно может очень много дать для понимания структуры психики не только в нормальном состоянии, но и в различных отклонениях в сторону патологии.

На низших ступенях психического развития, каким оно бывает у животных, равно как и у новорожденного, психическая жизнь ограничивается инстинктами и вегетативными процессами. Новорожденный постоянно находится в особенном сонном состоянии с полной нечувствительностью к внешним впечатлениям и со слабо выраженными рефлексорными движениями. Его психика находится в состоянии «зародышевого сна» (Геккель). Дальнейшее ее развитие находится в тесной зависимости от деятельности органов чувств. Соединение крика с чувством голода или с ощущением загрязнения представляет с одной стороны, рефлексорные акты в чистом виде, с другой, — это известный этап в эволюции психической жизни. Большая роль внешних раздражений видна из тех случаев, когда вследствие какого-либо патологического процесса не развивается или разрушается в самом начале способность к восприятиям того или другого органа чувств. В этих случаях как правило констатируется та или другая степень слабоумия, степень которого будет тем глубже, чем сильнее расстроены контакты с внешним миром; так глухота врожденная или развившаяся в ранние периоды, когда речь еще не вполне развилась, влечет за собой и немоту; а если ребенок не будет обучаться в специальной школе пониманию речи, то он сделается и слабоумным. В особенности резко бывает выражено слабоумие в тех случаях, когда поражается не только слух или зрение, а то и другое, а может быть еще и другие органы. Как нужно думать, впечатления внешнего мира не только доставляют материал для психического развития, но являются могущественным стимулом для психического функционирования вообще.

Большая роль органов чувств в развитии мозга и психики не подлежит сомнению. Марксом было высказано, что пять органов чувств создали человека, но нужно правильно понимать это положение. С точки зрения рефлексологов сущность сводится к реакциям на внешнее раздражение, совершающимся с механической правильностью и определяемым интенсивностью и характером воздействия, а также особенностью мозговой структуры. Между тем наиболее значительные успехи советской психоневрологии последнего времени связаны как раз с уходом от этих концепций и с разработкой проблемы в духе теории развития и признанием за психикой активности и способности к творчеству. Органы чувств при этом являются для мозга не только воротами для вхождения раздражения извне, но и средством изменять окружающую среду и вместе с тем свою природу.

Активность психики однако нельзя понимать в смысле чего-то самодовлеющего и независимого от деятельности мозга. Наоборот, правильное понимание сущности психического предполагает как необходимое условие ясное представление о работе мозга как органе мысли со всеми происходящими в нем процессами. В частности это относится к данным, добытым физиологами. И. М. Сеченов в своих «Рефлексах головного мозга» описывает больных, лишенных почти полностью возможности общения с внешним миром и сохранивших, так сказать, только одно маленькое окошко для такого общения в виде остатков слуха на одной стороне или ненарушенной чувствительности в руке, благодаря чему ею можно писать буквы; закрытие этого маленького окошка, т. е. полное прекращение внешних раздражений, вело к тому, что больные погружались в состояние спячки, очень близкое к зародышевому сну. Анализ действий взрослого человека и лежащих в основе их психических актов представляет значительные трудности, но несомненно, что вся сложная и многообразная психическая жизнь во вполне развитом ее состоянии построена по тем же принципам, что и жизнь маленького ребенка, представляя только ее дальнейшее развитие. Между тем изучение поведения ребенка очень ясно указывает на рефлексорный характер его и обусловленность раздражениями, идущими из внешнего мира или возникающими внутри самого организма. Протягивание ручек к блестящим предметам, захватывание всего, что попадает под руки, со стремлением тащить все в рот, притягивание к матери и отстранение от всего незнакомого — это все рефлексорные акты в чистом виде. В дальнейшем вместе с усложнением психической жизни и все большим развитием тормозящих влияний связь отдельного психического процесса и возникающего в результате его двигательного акта с первоначальным раздражением не так ясна, тем более что начало и конец, т. е. внешнее раздражение и двигательный акт, могут быть отделены друг от друга более или менее значительным промежутком времени, но сущность явлений от этого не меняется. Имея в виду все эти явления, И. М. Сеченов и пришел к выводу, что вся психическая жизнь в целом есть ряд рефлексов на впечатления внешнего мира, и поскольку соответствующие им физиологические процессы должны протекать в головном мозгу, в основе психической жизни лежат рефлексы головного мозга.

Эти идеи были восприняты и переработаны проф. И. П. Павловым и его школой в стройное учение об условных рефлексах, в свете ко-

торого становятся понятны в своей структуре и сущности как психические процессы, так и отклонения их от нормального течения — психозы.

Представляет капитальную важность, что здесь исследователь имеет дело не с чисто умозрительными, хотя может быть остроумными, но совершенно произвольными построениями, какими являются многие психологические концепции, в том числе и те, которые мы приводили выше, а со строго обоснованными выводами из точно поставленных исследований физиологических процессов, протекающих в нервной системе. Физиологами школы Павлова изучены условия возникновения возбуждения, передачи его в нервной системе, иррадиации его, торможения конечной реакции, т. е. последнего звена рефлекторной дуги, подмечены закономерности и выражены в точных формулах, иногда носящих характер определенных законов. Психическая жизнь человека и животных, или высшая нервная деятельность, как называет ее сам И. П. Павлов, изучается им и его школой не со стороны субъективных переживаний, не поддающихся точному учету, а строго объективным методом, в основу которого положены точное наблюдение и регистрация двигательных и секреторных актов, являющихся ответами на различные, меняемые в своем характере и интенсивности раздражения. Эти ответные движения являются, как показал И. П. Павлов, рефлексам, но в отличие от обыкновенных, безусловных, названы им условными. От безусловных, возникающих с механической правильностью и постоянством после соответствующего раздражения, если оно достаточно сильно, они отличаются тем, что возникают до известной степени случайно на основе безусловного рефлекса при условии, если случайное раздражение, повторяясь несколько раз одновременно с раздражителем безусловного рефлекса, может вызвать характерное для последнего рефлекторное движение, само по себе не сопровождаемое безусловным раздражителем. Если, как было в исходных опытах И. П. Павлова, вместе с вливанием в рот собаки хмелевого масла, являющегося безусловным раздражителем для отделения слюны, давать какое-либо иное раздражение, например тон определенной высоты, то этот последний через несколько повторений оказывается тоже в состоянии вызывать слюноотделение. Для развития условного рефлекса нужно известное число повторений, варьирующее в зависимости от характера раздражения, особенностей животного, степени его понятливости, «интеллигентности» и разных случайных моментов. Через некоторое время, если условный раздражитель не сопровождается безусловным, он теряет способность вызывать рефлекс; условный рефлекс «угасает» и чтобы этого не было, его нужно время от времени подкреплять безусловным раздражителем. Угасший условный рефлекс может быть воспитан снова, для чего нужно меньшее количество повторений. Одновременное развитие нескольких условных рефлексов оказывается вообще гораздо более трудным, так как в этом случае условный рефлекс обнаруживает тенденцию к более скорому угасанию. Условные рефлекс могут быть воспитаны не только на безусловных, но и на условных рефlekсах. Таким путем возникают суперрефлексы, условные рефlekсы 2-го, 3-го и т. д. порядка. Для использования изложенных данных в целях лучшего уяснения сущности высшей нервной дея-

тельности нужно учесть еще результаты исследований школы того же И. П. Павлова, а также проф. Введенского и проф. Ухтомского над условиями передачи возбудимости, которые были изучены главным образом на периферических нервах, но, как оказалось, являются такими же и в центральной нервной системе.

На органы чувств действует в каждый данный момент огромное количество раздражений, различных по характеру и интенсивности. Многие из них действовали уже раньше и иногда повторно на нервную систему, участвуя так или иначе в игре вновь возникающих и опять потухающих условных рефлексов. Каждое из как будто не действующих на нервную систему возбуждений вызывает в ней те или другие физиологические процессы и стремится выразиться в том или другом конечном двигательном акте, но на пути к этому возникает очень много препятствий. Количество внешних раздражений неизмеримо велико сравнительно с количеством путей, по которым должно передаваться возбуждение, и с числом возможных двигательных актов. Это соотношение физиологи образно представляют в виде огромной воронки с узким отверстием, через которое стремятся протесниться в огромном количестве скопившиеся в ней возбуждения. Здесь, выражаясь тем же языком физиологов, происходит интенсивная борьба большого количества возбуждений за одно и то же двигательное поле. Кроме того имеет значение, что пути, через которые стремится передаться возбуждение, могут быть не свободны. Как доказывают физиологи, передача возбуждения и ее направление в нервной системе определяются не одними только анатомическими отношениями, но и наличием или отсутствием на пути очагов возбуждения и состоянием периферических аппаратов. В центральной нервной системе всегда имеется значительное количество очагов возбуждения; последние иррадиируют в различных направлениях, перемещаются, оставляя после себя зону пониженного возбуждения. Очаги возбуждения, соприкасаясь друг с другом, дают повод к различным процессам взаимодействия. Обычно наблюдается, что различные возбуждения оказывают друг на друга тормозящее влияние. По закону доминанты Ухтомского при наличии очагов возбуждения различной интенсивности незначительные возбуждения оказываются не в состоянии вызвать соответствующий эффект и сливаются с очагом более интенсивного возбуждения, усиливая даваемый им эффект. Например у самца лягушки в период полового возбуждения раздражение кожи вызывает не обычный защитный рефлекс отдергивания, а усиление хватательного рефлекса.

Мозгу, взятому в целом, в этой сменяющейся игре возбуждений и торможений принадлежит очень важная роль. Воспринимая возбуждения, он их анализирует, дифференцируя их между собой в зависимости от характера раздражения и по другим особенностям. Являясь таким образом анализатором в целом, он в свою очередь включает в себя ряд качественно различных анализаторов: зрительный, слуховой и другие. Мозгу свойственны также и синтезирующие функции, благодаря которым элементарные возбуждения, суммируясь, дают более сложные процессы; в результате последних возникают и более сложные двигательные акты. Нужен известный уровень развития нервной системы, чтобы условные рефлекс вообще могли быть получены. На-

приме
ного с
воспи
резко
услов
как п
велич
рушае
менит
вполн
давно
и ран
ции р
обра
на об
ниров

Из
лишь
шение
это н
потух
ицес
подав
хичес
своди
связа
ми сл
логи
гии н
из ни
живо
носят
вали
ниях
что у
рефл
стоит
мест
более
друг
мозг
прод
усло
это т
здал
ным
к тв
рен
стан
толь
ции

пример это оказывается невозможным при глубоких степенях врожденного слабоумия. В старости и при экстирпации щитовидной железы воспитание условных рефлексов делается более затруднительным. При резко выраженных деструктивных мозговых процессах образование условных рефлексов резко ослабляется или совершенно исчезает, так как при этом разрушаются самые анализаторы, но если разрушение не велико, то процесс образования условных рефлексов особенно не нарушается, так как один анализатор до известной степени может заменить другой. Этот крайне важный и точно установленный факт вполне гармонирует с некоторыми данными патологии, которые уже давно были известны, но не находили достаточного освещения. Так и раньше некоторые клинические факты заставляли думать, что функции разрушенных участков мозга могут взять на себя другие отделы; обращало на себя внимание также, что в некоторых случаях несмотря на обширные сравнительно разрушения мозга, психическое функционирование оказалось мало измененным.

Из большого количества раздражений, падающих на органы чувств, лишь очень немногие имеют в конце концов для себя конечное завершение в виде того или другого двигательного акта. Но, как мы видели, это не значит, что процессы возбуждения, ими вызванные, тотчас потухают без всякого следа. По существу это те же процессы, отличающиеся только тем, что их конечное звено — двигательная реакция — подавлена, заторможена другими конкурирующими процессами. Психическая, или высшая нервная, деятельность, как думал и Сеченов, сводится к рефлексам, но это не безусловные рефлексы, а рефлексы, связанные с огромным количеством самых различных условий; другими словами, мысль — это заторможенный, условный, или по терминологии В. М. Бехтерева сочетательный рефлекс. В эти выводы физиологии нужно внести очень существенные поправки и дополнения. Одна из них это то, что здесь не учитываются коренные отличия психики животных, даже высших, и человека, на которого механически переносятся результаты экспериментов. Например физиологи констатировали, что образование условных рефлексов возможно при разрушениях мозга, если они не достигают больших размеров. Принимается, что у животных можно удалять до 15 и даже 20% всей коры, причем рефлексотворная деятельность мозга сохраняется. С этим в связи стоит известное положение, высказанное Лешли, что имеет значение не место поражения, а главным образом масса его. В действительности более или менее широкое замещение функций пораженных участков другими возможно только по отношению к мало дифференцированной мозговой ткани. Между тем мозг человека, равно как и сам человек — продукт длинного развития в определенных конкретно исторических условиях. Труд и способность вырабатывать орудия производства — это то, что принципиально отличает человека от животных. Труд создал человека со всеми его особенностями, в том числе и с определенными мозговыми структурами. Активность психики со способностью к творчеству обуславливает то, что известные более или менее дифференцированные функции возможны при такой морфологической субстанции, которая не имеет еще соответствующей дифференцировки и только после поспевает за функцией. Не структура идет впереди функции и обуславливает ее, а функция идет впереди структуры и ведет

к ее осложнению и дифференцировке. Сложное строение мозга человека с появлением в нем специально-человеческих областей и структур нужно рассматривать таким образом как результат его развития в определенных условиях трудовой деятельности. Обособление рук, имевшее в этом отношении такое большое значение, привело к определенным изменениям в структуре мозга. Речевая область, как отличающая строение человеческого мозга сравнительно с животным, также является продуктом исторического развития. Речь, как показал академик Марр, развивается в истории человека вместе с трудом и из потребности сделать его более совершенным. Речь в то же время оформляет мышление и дифференцируется вместе с ним. На реальной конкретной деятельности происходит таким образом перестройка мозговой структуры под влиянием функции. Исследования последнего времени позволили убедиться в справедливости этого принципа по отношению еще к одной зоне — коре нижнетеменной области. Здесь осуществляются сложные функции психического порядка, связанные с познанием и мышлением — чтением, счетом, гнозисом, ориентировкой во времени и пространстве, схемой тела. Здесь происходит синтез сенсорных функций различного порядка. Выяснилось также, что у человека имеется известная дифференцировка между обоими полушариями, связанная с тем, что центр речи, имеющий также тесное отношение к мышлению, находится обычно в левом полушарии; имеет значение и большее развитие правой руки у человека. Левое полушарие играет таким образом в психической жизни главную роль, тогда как правое служит для образования фона, на котором разворачиваются явления, связанные с деятельностью левого. Высокоразвитая дифференцировка функций, предполагающая большую сложность и дифференцированность строения, естественно ограничивает возможность замещения функции одних участков другими тем в большей степени, чем дальше идет процесс усложнения. Не все части мозга таким образом являются одинаковыми в функциональном отношении и не все имеют одинаково важное значение для психического функционирования. Но все же и при очень большой дифференцированности в строении и функции последняя далеко не определяется только первым. Сложное строение отдельных частей является причиной их ведущей роли в определенных случаях, но все же психика — это функция мозга в целом. При этом нужно добавить, что мозг не является чем-то оторванным от всего организма, тесно связанного в свою очередь со всем окружающим, а является его частью и постоянно испытывает на себе его влияния. Для психического функционирования имеют большое значение вегетативные процессы; в частности вегетативная нервная система играет роль в процессах установки на окружающее. Имеются определенные данные о влиянии симпатической системы на хронаксию и закрытых желез — на снижение порога раздражения. И при наличии большей дифференцированности строения мозга психика сохраняет свою активность. Не ограничивая своей деятельности только реагированием на раздражения извне, она на базе впечатлений, доставляемых высшими органами чувств, творит всегда нечто свое. Прежде всего из огромного количества внешних впечатлений психическая активность личности выбирает только те, которые соответствуют ее целевым установкам. Затем

она
теми
прав
ется
акта
вате
функ
нов
гибн
стка
или
ино
уча
плер
ка.
лич
чени
чина
одно
мож
функ
хотя
цел
щук
ным
дол

как
с пе
акти
явл
и не
резу
огра
нива
и ко
игра
всей
веге
ност
шен
вре
стро
тави
как
ные
цио
дое
цел
при
кам

log
рик

соб

она сама изменяет окружающую среду, подбирая в соответствии с теми же установками те впечатления, которые ей нужны. Направление внимания в сторону того или другого раздражения является причиной того, что некоторые из них становятся психическими актами в собственном смысле. Выше мы приводили взгляды исследователей прежнего времени о роли лобных долей для психического функционирования, в частности об отношении их к вниманию. По новым взглядам локализация психических функций является более гибкой. Ни одна функция не обеспечивается функцией одного участка мозга, а имеет многократное обеспечение. С другой стороны, тот или другой участок, имея более или менее ограниченную функцию, иногда по своему существу приближающуюся к неврологическим, участвует вместе с другими в более сложном функциональном комплексе, обеспечивающем психическое явление более высокого порядка. При этом характер этих комплексов в зависимости от активности личности и ее установок может меняться, и вместе с тем меняется значение входящих в него отдельных мозговых структур. По тем же причинам, проистекающим из той же гибкости локализации, поражение одного и того же участка у людей с различным характером развития может дать различные результаты именно потому, что характер его функциональных связей неодинаков. Но все же нельзя забывать, что хотя психические переживания являются целостной реакцией, эта целостная работа не только не исключает, а даже предполагает ведущую роль некоторых частей. В частности и теперь на основании главным образом знакомства с фактами патологии связывают с лобными долями психическую активность и инициативу.

Таким образом анализ данных, добытых русскими физиологами, равно как и фактов анатомического, неврологического и патологического порядка с переработкой их с точки зрения учения о психике как живой и творческой активности, имеет большое значение для понимания сущности психических явлений и указывает на единственно правильный подход к ним как единым и неделимым процессам. Даже простейшая двигательная реакция является результатом очень сложных процессов, затрагивающих не одну какую-либо ограниченную систему нервных элементов. Каждое новое раздражение вливается в очень сложную борьбу различных возбуждений и торможений, и конечный результат зависит от очень многих условий, в числе которых играет большую роль наличие тех или других процессов возбуждения во всей нервной системе, состояние возбудимости последней в зависимости от вегетативных процессов, от общего состояния всего организма и в особенности от основных установок личности. С этой точки зрения кажется совершенно неприемлемой имевшая большой успех сравнительно в недавнее время атомистическая, или ассоциационная психология, стремившаяся построить все здание психического из отдельных кирпичиков — ощущений, считавшая возможным говорить о локализации последних в отдельных клеточках и искусственно разлагавшая неделимые по существу процессы на фиктивные отдельные элементы. Нельзя не отметить, что на смену прежней ассоциационной психологии появляется психология сверху, рассматривающая каждое психическое явление, даже с виду простое, например восприятие, как целостный сложный акт, и утверждающая, если иметь в виду процессы восприятия и усвоения, примат фразы над словом, слова — над отдельными звуками, вообще цельного образа — над его составными частями.

Понятен с этой точки зрения успех психологии образов (Gestaltpsychologie), разрабатываемой особенно усердно в современной Германии, и американского бихевиоризма (психологии поведения).

Изложенная точка зрения на психические явления определяет собой и подход к пониманию психозов как отклонений от нормального

течения этих явлений. Если каждое новое, даже не особенно значительное раздражение не проходит бесследно для общего течения процессов возбуждения и торможения в нервной системе, то при психозе, имеющем исходным пунктом всегда воздействие на организм более грубых моментов, естественно нужно ожидать более резкого сдвига. Характер его определяется очень многими моментами и особенностями воздействовавшей причины, общим состоянием нервной системы, в частности мозга, в котором могут быть нутритивные и структурные изменения, а также общим состоянием организма.

В значительной части случаев можно говорить как об известной закономерности, что особенностям воздействовавшей причины до известной степени соответствует и характер наблюдаемой реакции. Этим объясняется, что одно время пользовался большими симпатиями этиологический принцип как определяющий собой сущность психоза и могущий быть положенным в основу классификации. Он особенно был развит немецким психиатром Цигеном и многими психиатрами французской школы.

Этиологические факторы, вообще говоря, имеющие большое значение, не могут однако считаться единственно определяющими. Раздражение, действующее на нервную систему, встречает, как доказывают физиологи, не вполне свободные пути, по которым оно могло бы передвигаться дальше к моторным аппаратам, а сложные системы возбуждений и торможений, с которыми оно вступает во взаимодействие. Конечная реакция поэтому будет соответствовать не только воздействию воздействовавшей причине, но также биологическим процессам, имеющим место как в нервной системе, так и во всем организме. Предшествовавшее состояние последнего и свойственные ему биологические реакции таким образом являются в такой же степени важным определяющим фактором. Большое значение имеет состояние мозга, в котором могут быть значительные изменения, как вызванные внешними причинами, так и стоящие в связи с вегетативными и вообще биологическими процессами. Большую роль играет и прирожденная структура мозга, существенным образом влияющая на характер психической реакции и основные установки личности.

Имея в виду многочисленность моментов, могущих иметь причинное значение, и бесконечное множество их комбинаций, учитывая сложность и многообразие лежащих в самом организме факторов, которые, с одной стороны, сами по себе находятся в зависимости от внешних причин, с другой — влияют на конечные результаты физиологических процессов, легко себе представить, как разнообразны должны быть конечные реакции, — другими словами, как многочисленны, разнообразны и в то же время не резко дифференцированы друг от друга должны быть психозы. Прежде всего должны быть ясны чрезвычайно большие различия в смысле интенсивности изменений. Если ис-

ходить из формулы $\text{болезнь} = \frac{\text{причина}}{\text{сопротивление организма}}$, данной Краузе для болезни вообще, но сохраняющей свою силу и для психоза, то неизбежно заключение о большом разнообразии психозов, калейдоскопичности их картины. Наоборот, зависимость психоза от таких переменных величин, как внешние моменты, особенности биологических процессов организма, постулирует его многообразие и

существование большого количества переходных ступеней от одного психоза к другому. В период увлечения успехами патологической анатомии такие психиатры, как Альцгеймер, вооруженные всем, что дает изучение гистопатологии нервной системы, думали о возможности установить для каждого психоза строго определенный анатомический процесс и дать таким образом критерии для отграничения психозов друг от друга и установления точного понятия их сущности. Анатомические изменения, как надо однако думать, являясь в очень многих случаях чрезвычайно важными для выяснения генеза клинической картины, не могут иметь значения единственного определяющего фактора. Не говоря уже о том, что для многих психозов мы не имеем и по видимому не можем иметь определенного анатомического субстрата, даже при его наличии он один не может объяснить всей клинической картины. Это относится даже к такой хорошо изученной во всех отношениях болезни, как прогрессивный паралич помешанных. Как утверждают многие видные психопатологи, как например Ясперс, в этой болезни мы имеем хорошо изученный анатомический процесс, которым однако удовлетворительно можно объяснить только слабоумие и неврологические симптомы, но не все разнообразие клинической картины. Действительно при одном и том же приблизительно анатомическом субстрате клиника этой болезни необычайно разнообразна, так что существование целого ряда отдельных ее форм приходится объяснять не столько разницей в анатомических изменениях, сколько другими моментами.

Все же в определении существа болезни основным нужно считать изменения в мозгу как органе мысли. Вышеупомянутая формула Крауза сконструирована в духе механистической теории равновесия между средой и организмом. Такой же характер носят и другие определения наиболее известных патологов: Ресле—болезнь это реакция на болезнетворные раздражители, Тенделоо—нарушение равновесия функции отдельных органов. Более заслуживает внимания определение, даваемое Вирховым и Ашофом, по которым болезнь—это жизнь в измененных условиях, характеризующихся опасным состоянием. Важный признак, на который при этом указывается, именно, что в социальном отношении болезнь характеризуется как ущерб и вред. Аналогичный характер обыкновенно носят и психиатрические определения болезни. Естественно, что трактовка психоза как реакции на раздражения извне и процессы, протекающие в организме, хотя бы с указанием на изменения в мозгу, не может считаться в полной мере соответствующей действительным соотношениям явлений. Все вышеизложенное дает право сказать, что психоз—это общее заболевание организма с ведущими изменениями деструктивного или нутритивного характера в мозгу, с общим изменением всей психической личности, с нарушением ее контакта с окружающим и с временным или постоянным снижением ее социальной ценности.

І. ОБЩАЯ СИМПТОМАТИКА ДУШЕВНОГО РАССТРОЙСТВА

Признаки, которыми выражаются душевные заболевания, необычайно разнообразны. Первое впечатление, получающееся от изучения психиатрии, это то, что каждый новый случай представляет нечто совершенно своеобразное, ничем не напоминающее больных, виденных раньше. Только потом, когда приобретен известный опыт, начинает вырисовываться нечто типическое для известной группы случаев, общее и характерное для определенного заболевания. Но даже очень опытному врачу часто приходится встречаться если не с совершенно новыми симптомами, то по крайней мере со своеобразным сочетанием их. Относительно ознакомления с симптоматикой душевного расстройства в психиатрии больше, чем в каких-либо других областях, можно использовать опыт прошлого, так как раз подмеченное явление, относящееся по своему характеру к отдельным признакам, сохраняет свою ценность для всего последующего времени. Могут вместе с эволюцией в воззрениях на сущность и на классификацию психозов измениться взгляды на значение симптома, на типичность для того или другого заболевания, но феноменологическая ценность его остается неизменной. Если мы почти ничего не сохранили из многочисленных болезней, бывших принятыми во времена Эскироля, Мореля, Фальре, Маньяна, Гризингера, Вернике, то мы постоянно встречаемся с симптомами, описанными еще ими, и пользуемся их определениями и терминологией. Симптоматика душевного расстройства пестра и разнообразна главным образом по той причине, что в переживаниях душевнобольного преломляется весь необъятный окружающий мир через призму больного воображения, давая меняющуюся картину причудливых явлений, имеющих значение отдельных симптомов. Принято думать, что психические переживания душевнобольных представляют нечто иное, совершенно несоизмеримое с нормальной психикой. В действительности же душевнобольные движимы теми же мотивами, чувствами, стремлениями и теми же идеями, которые волнуют все человечество. Их психика построена по тем же принципам, что и у здоровых, и наполнена тем же содержанием, хотя и измененным, иногда очень уродливым образом, как в кривом зеркале. Насколько разнообразны вообще душевные переживания в норме, настолько естественно ожидать такого же и даже большего разнообразия при ознакомлении с душевным миром больного.

Разделение разнообразных признаков душевного расстройства, необходимое и для удобства описания, целесообразнее всего прово-

дять в зависимости от особенностей тех физиологических процессов, которые лежат в их основе. Поскольку восприятия связаны с аналитическими функциями мозга, в первый отдел войдут иллюзии и галлюцинации. К расстройствам синтетической деятельности нужно отнести навязчивые и бредовые идеи, вообще нарушения со стороны интеллекта. В отдел эффекторных функций отойдут все расстройства двигательной-волевой сферы. Особый отдел составляют расстройства эмоциональной сферы и расстройства сознания.

2. ИЛЛЮЗИИ И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Для понимания душевного расстройства большое значение имеет ознакомление с расстройствами восприятия, которые очень резко расстраивают познание окружающего и дают пластический материал для построения психоза.

Для понимания этих явлений нужно ознакомиться с тем, что представляют собой восприятия по существу и какое значение они имеют в общей психической жизни. Восприятие—не простое фотографирование происходящего вокруг, и в нем всегда много творчества, на результатах которого отражается очень много самых различных моментов. Имеют значение общие установки личности, ее целенаправленность, благодаря которой внимание привлекается только к некоторым из окружающих явлений, которые только и делаются объектами восприятия. Например спящая мать просыпается от малейшего крика своего ребенка, ничем не реагируя на другие гораздо более сильные раздражения. В процессе установки на окружающее играет большую роль вегетативная нервная система, могущая оказать влияние на быстроту восприятия, на высоту порога раздражения. Точными экспериментами доказано изменение хронаксиметрии при поражении симпатического нерва на той же стороне. Еще большее значение имеет то, что процесс творчества психики, осуществляемого уже в восприятии, не является вполне свободным, а связан определенной мозговой структурой и до известной степени ограничен ею. Структура мозга, являясь сама по себе отображением многовекового культурно-исторического развития человека, в процессе трудовой деятельности изменяющей не только окружающую среду, но и свою собственную природу, несомненно существенным образом влияет на характер восприятия.

При исследовании восприятия у душевнобольных нужно иметь в виду возможность у них агностических и амнестических явлений, алексии, апраксии, нарушения ориентировки во времени и пространстве, расстройства схемы тела. Они изучаются невропатологами, так как встречаются при определенных очаговых расстройствах, но представляют большой интерес и для психиатра. Дело в том, что их можно встретить не только при органических психозах, характеризующихся постоянным наличием очаговых изменений, как например паралич помешанных или церебральный артериосклероз, но и при таких заболеваниях как шизофрения, эпилепсия или даже инфекционные и токсические психозы. Конечно и в этих случаях, как и вообще при психозе, психическая картина является последствием поражения всего мозга в целом, но это не исключает того, что местные изменения деструктивного или нутритивного характера влияют на структуру психоза, являясь причиной тех или других специальных симптомов. Здесь в особенности приходится считаться с возможностью поражения области интерпариетальной борозды, имеющей значение для синтеза ощущений, относящихся к различным органам чувств. Петцль, Каминер и Гоф показали, что при поражении этой зоны наблюдаются различные явления, входящие в понятие метаморфопсии—такого рода расстройство восприятия, когда искажается форма воспринимаемых объектов, например ноги кажутся кривыми, глаза—косыми, предметы—слишком большими или слишком маленькими. При поражении той же области могут наблюдаться расстройства схемы тела, когда больному например кажется, что голова его или конечности растут и запол-

няют всю комнату, что кроме его настоящих конечностей у него имеются еще какие-то другие. Иногда больному кажется, что тело его становится каким-то легким, приподнимается и переворачивается в воздухе. Расстройства последнего рода могут наблюдаться не только при поражении интерпарие-тальной зоны, но и при изменении лабиринта и вообще различных чувствующих периферических аппаратов, представленных в указанной зоне. М. О. Гуревич показал, что эти расстройства церебральных аппаратов, изучаемые невропатологами, имеют значение и в клинике душевного расстройства.

О понятии структуры по отношению к процессу восприятия и его расстройствам приходилось говорить, не только имея в виду определенное анатомическое строение мозговых аппаратов, но и как об особом функциональном принципе. Выше мы упоминали о психологии сверху, утверждающей примат целого над частью. На такой точке зрения стоит Gestaltpsychologie Вертгеймера и Кофка, по которым окружающее всегда воспринимается как некое единство, имеющее передний и задний план. В духе этой психологии идет мысль К. Гольдштейна, связывающего с деятельностью лобных долей способность выделять существенное, «фигуру» от основного фона. Gestaltpsychologie несомненно не удовлетворяет в полной мере методологическим требованиям, которые можно к ней предъявить как психологическому направлению, стремящемуся объяснить сущность психических явлений, но этот структурный принцип сам по себе заслуживает внимания. Окружающее воспринимается несомненно не механически, подобно фотографированию, а в известной избирательности, в системе связей, определяемой и мозговой структурой, и всем предшествующим опытом личности, и ситуацией последней в момент восприятия. Эта структура естественно не носит характера стабильности, свойственной деятельности анатомических образований, ■ обладает большой динамичностью. Преимущественный тип тех или других связей меняется в зависимости от конституции и развития личности. Братья Иенш обратили внимание на то, что существует особый тип людей, у которых чрезвычайно долго держатся последовательные зрительные образы; при этом отмечаются и некоторые особенности соматического порядка. Они называли таких людей эйде-ти-ка-ми. Существуют еще какие-то недостаточно выясненные корреляции этого эйдетизма с определенными клиническими явлениями. Эйдетизм обычно очень резко выражен у детей, представляя до известной степени возрастное явление. С этим несомненно нужно поставить в связь большую относительно частоту зрительных галлюцинаций у детей даже при таких психозах, которые вообще характеризуются преимущественно обманами чувств в области слуха, например при шизофрении. И у взрослых можно предположить корреляции между преимущественными типами представлений и галлюцинаций. С точки зрения структурного принципа в смысле типического для того или другого случая характера связей легче понять, что различные явления патологического порядка, в том числе и расстройства восприятия, выступают как правило не единично.

Восприятия могут подвергнуться некоторым изменениям более или менее общим для интеллектуальных процессов в целом и заключающимся в их замедлении, в тугости, в общем затруднении. Состояния затемнения сознания в особенности характеризуются нарушением способности восприятия, которая при глубоком беспамятстве может свестись к нулю. Заслуживает внимания, что у многих больных восприятие впечатлений, особенно некоторых групп их, является очень обостренным, сопровождаясь чувством неприятного. При этих условиях может наблюдаться и иррадиация раздражений с места приложения на другие участки.

Большой интерес представляют случаи иррадиации возбуждения с центра одного высшего органа чувств на другой, или так называемые сине-стезии. К ним относится цветной слух (audition colorée) и цветное зрение (vision colorée). В первом случае восприятие звуков обыкновенно музыкальных, определенных тонов, сопровождается видением того или другого цвета в форме окрашенной соответствующим

образом гладкой поверхности или какой-нибудь фигуры. У каждого данного лица соотношение между определенными тонами и соответствующими цветами остается довольно постоянным, хотя цвета вообще представляются неяркими и большей частью недостаточно определенными и как бы переходящими один в другой; это соотношение у каждого страдающего такой особенностью — свое личное, индивидуальное. Цветной слух с давних времен считался дегенеративным признаком. Им обладали некоторые выдающиеся музыканты (Римский-Корсаков, Скрябин). Цветное зрение выражается большей частью в том, что буквы и слова при чтении окрашиваются в те или другие цвета. Возможны, хотя реже встречаются, и иные синестезии. Повидимому для некоторых художников (Чурлянис) ощущение цвета сопровождается какими-то переживаниями в области слуха, так что выражение «симфония красок» может быть не только фигуральным.

Наибольшую роль в патологии играют и л л ю з и и и г а л л ю ц и н а ц и и. Они являются настолько красочным, ярко бросающимся в глаза расстройством, что были отмечены и описаны еще старыми психиатрами. Одному из них, именно Эскиролю, принадлежит указание и на отличия между теми и другими. Иллюзии, или ложные восприятия, — это те переживания, когда действительно существующие предметы или явления воспринимаются не в полном соответствии с их реальным содержанием, а в извращенном виде, например когда в шуме падающего дождя или в уличном шуме слышатся голоса или целые разговоры, когда пятна на стене, рисунок обоев кажутся принимающими очертание каких-то фигур. Красивые примеры иллюзии можно видеть во всем известных произведениях «Лесной царь» Гете и «Бесы» Пушкина. В первом случае болезненному воображению мальчика туман над водой представляется в виде страшной, манящей к себе фигуры в короне с густой бородой, во втором — в разыгравшейся мятели видятся кружащиеся фигуры чертей и в шуме ветра слышатся их голоса. Аналогичный пример представляет Герман в «Пиковой даме», в вое ветра слышащий похоронное пение. Болезненные иллюзии конечно ничего общего не имеют с иллюзиями чисто физического свойства, например с известными случаями, когда палка, опущенная в воду, кажется надломленной и согнутой или когда две линии равной совершенно длины кажутся неодинаковыми, потому что концы их соединены с вершинами острых углов, расположенными в обоих случаях в прямо противоположном направлении. К переживаниям болезненного характера не имеет также никакого отношения иллюзия веса, благодаря которой из предметов равного веса, но неодинакового объема тяжелее кажется тот, который имеет наименьшие размеры.

Иллюзии сами по себе не представляют признака, указывающего непременно на душевное расстройство или вообще на болезненное состояние, и нередко встречаются у здоровых, особенно при некоторых условиях. К последним нужно отнести все, что мешает отчетливости зрительных, слуховых или иных каких-либо образов, например плохое освещение, слабость зрения и слуха. Большое значение имеет психическое состояние лица, у которого наблюдаются иллюзии, именно: утомление, рассеянность, состояния тоскливости и страха. Людям робким, боязливым ночью, особенно в условиях одиночества, естественно мерещатся разные страхи, видятся какие-то фигуры, кажется,

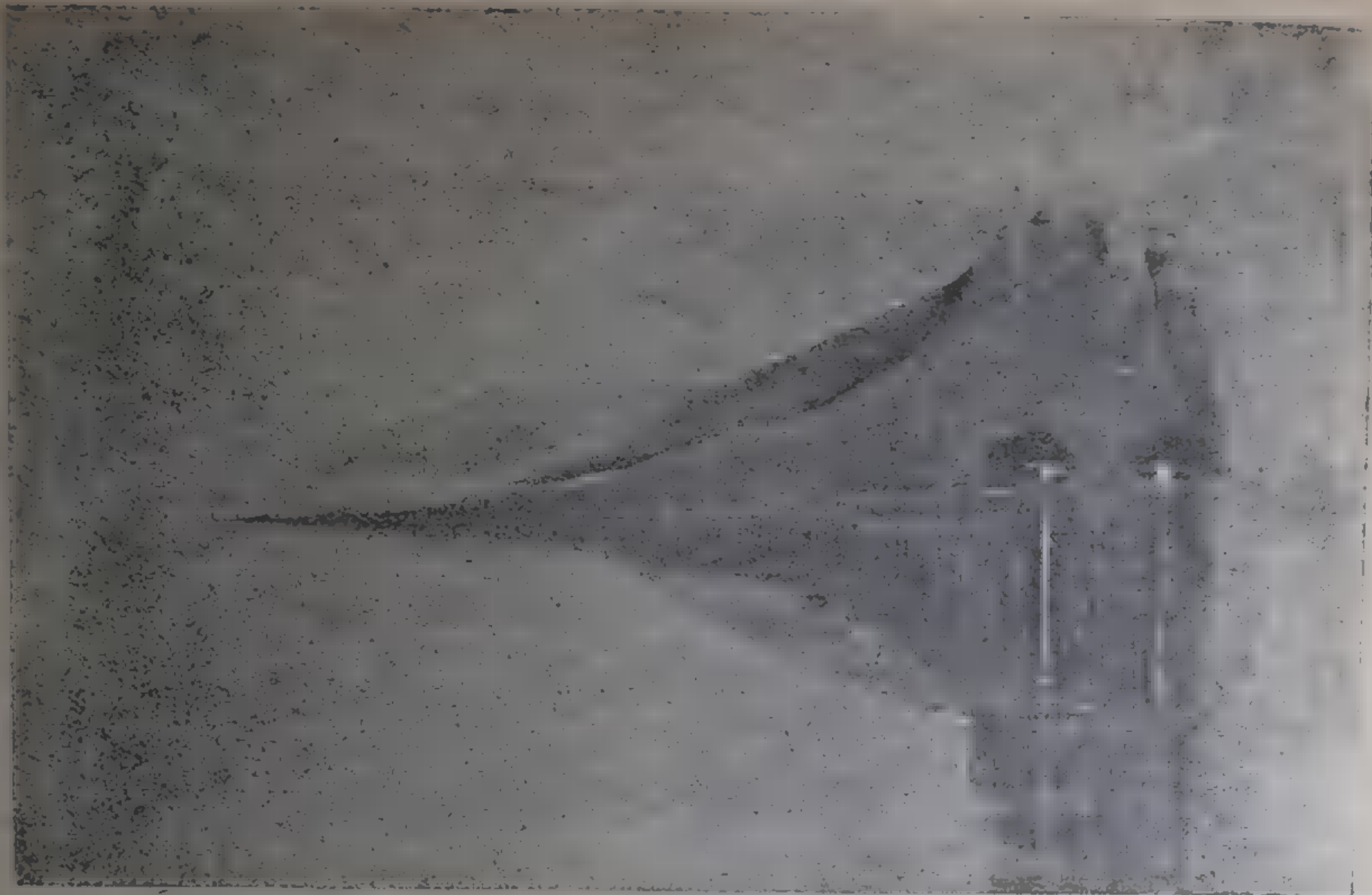


Рис. 1. Картина худ. Чурляниса «Спокойствие»

что кто-то хочет их схватить. Значение эмоционального состояния видно и из всем известного выражения «пуганая ворона куста боится».

Из сказанного ясно, что иллюзии, представляя нередкое явление у здоровых людей, особенно часто должны встречаться у людей нервных и у душевнобольных в собственном смысле. Прежде всего у них можно встретить иллюзорные переживания до известной степени физического порядка. Чаще всего приходится наблюдать иллюзорные переживания следующего рода. Свернутый и положенный на кровать халат, полотенце, висящее на стене, кажутся человеческими фигурами, пятна на простыне кажутся жуками и тараканами, плессиметр и перкуссионный молоток принимаются за револьвер или какой-нибудь другой страшный инструмент, гора с двумя пещерами принимается за человеческую голову (рис. 1). Особенно часто смущают больных вентиляционные отверстия и электрические лампочки на потолке: плохо освещенные решетки в первых кажутся какими-то страшными аппаратами, направленными на больных; за ними видится кто-то, угрожающий больному; в лампочках видится какой-то глаз, всевидящее око, излучающий электрические лучи аппарат. Иллюзорность восприятия играет роль также и в том, что врачей и других окружающих больные нередко принимают за своих родных или знакомых, имеющих с ними какое-нибудь сходство. Что касается области слуховых восприятий, то здесь особенно часто можно наблюдать следующее. В разговоре окружающих между собой, особенно если беседа ведется вполголоса или шепотом, больной слышит свое имя или даже целые фразы по своему адресу; в крике на улице слышится брань и угрозы; брань слышится также в карканье пролетающей над больным вороны («дурррак!»). Голоса слышатся также в шумах, исходящих от водопроводных и канализационных труб; смущают

в этом отношении также и телефонные звонки, шумы электрических вентиляторов, электрических станций. Меньшую роль играют иллюзии других органов чувств. К иллюзиям вкуса можно отнести случаи, когда в запахе и вкусе пищи чувствуется примесь какой-то отравы и слышится запах мертвечины; довольно частый пример иллюзии вкуса — больные белой горячкой раствор хлоралгидрата и брома, которые им дают с целью успокоения, принимают за водку.

Иллюзии наблюдаются при самых различных заболеваниях, но естественно, что их легче всего изучать в тех случаях, когда интеллект поражен не особенно сильно и нет глубоких расстройств сознания. В далеко зашедших случаях заболеваний, сопровождающихся слабоумием, иллюзии, если даже они и имеются, трудно наблюдать, так как они покрываются другими, более серьезными и резко бросающимися в глаза расстройствами; кроме того и состояние слабоумия само по себе затрудняет констатирование и изучение таких сравнительно тонких переживаний; они однако часто и легко констатируются в начальных стадиях тех же заболеваний. Особенно часты они при белой горячке, вообще при алкогольных и интоксикационных психозах, при эпилепсии, в начале развития шизофрении, отчасти прогрессивного паралича и старческого слабоумия, а также у больных с невротическими реакциями. Содержание иллюзорных восприятий обыкновенно легко меняется и не является стойким, но вообще склонность к такого рода восприятиям, поскольку она обусловлена моментами, стоящими в связи с существом болезни, может в течение определенного периода держаться очень прочно.

Совершенно своеобразное расстройство, близкое все-таки к иллюзиям, представляют парейдолии (название предложено Ясперсом). При достаточно живом воображении действительно существующие образы, например пятна на стене, обои, рисунок ковра, кроме того что воспринимаются иллюзорно, благодаря игре фантазии дополняются такими подробностями, которых нет ничего соответствующего в действительности; в результате перед глазами рисуются меняющиеся ландшафты с горами, реками и долинами, картины сражений, какие-то физиономии и т. п. Явления этого рода наблюдались у Леонардо-да-Винчи, и естественно, что их легче встретить у художников и вообще лиц с сильным зрительным воображением.

Галлюцинации во многих случаях наблюдаются одновременно с иллюзиями, что вполне естественно ввиду известной общности условий, делающих появление обманов чувств особенно легким, но галлюцинации представляют более серьезное расстройство. Они — чрезвычайно частый и характерный признак душевного расстройства и с давних времен приковывали к себе внимание исследователей; благодаря этому накопилась огромная литература, посвященная описанию их особенностей при отдельных психозах, теориям происхождения и пр. Сущность галлюцинаций видна из вышеприведенных указаний Эскироля на отличие их от иллюзий, но психиатры потратили очень много усилий для того, чтобы дать более точное их определение. Из большого количества такого рода определений пользуется большой известностью формулировка, данная К. Гольдштейном, много работавшим в психопатологии, особенно по этому вопросу. Галлюцинации, как говорит Гольдштейн, — это чувственные переживания прежних восприятий без наличия соответствующих им новых внешних раздражений. Такое определение нужно признать верным, так как в нем содержится

все необходимое для точной характеристики данного феномена. Выражение «чувственное переживание» говорит о яркости, конкретности образа, вполне точном соответствии его восприятию действительно существующих предметов с такими точно признаками. Указание на отсутствие «новых внешних раздражений» проводит демаркационную линию по отношению к иллюзиям. Может быть не совсем удачно выражение «прежних восприятий», которое может повести к недоразумению. Его нельзя понимать буквально, так как галлюцинаторное переживание не всегда в точности соответствует прежним восприятиям. Например видение чорта или каких-нибудь фантастических чудовищ больным белой горячкой конечно не может быть простым повторением прежнего восприятия. Анализ галлюцинаторных переживаний говорит о том, что помимо прежних восприятий как таковых большую роль играют элементы творчества, благодаря которым галлюцинаторные образы только в самой общей форме соответствуют прежнему опыту. Ниже, после рассмотрения генеза галлюцинаций, мы попытаемся дать насколько возможно удовлетворительное определение галлюцинаций; теперь же перейдем к несомненно более важному, а именно к их описанию. Прежде всего от вполне выраженных и обладающих всеми отличительными признаками галлюцинаций отличаются так называемые элементарные галлюцинации—видение света, красного цвета, искр и вообще не соответствующие внешним раздражениям световые и цветовые ощущения, не имеющие определенной формы. Эти явления носят название *фотопсий*. Явления этого рода наблюдаются преимущественно при раздражении каким-либо дегенеративным или вообще органическим процессом, например опухолью, путей, проводящих раздражение от сетчатки к затылочным долям. Аналогичные расстройства в слуховой области—не просто шум в ушах или голове, а слышание каких-то неопределенных звуков—известно под именем *акоз*. Как нам думается, расстройства этого рода по своим феноменологическим свойствам и в особенности по генезу более элементарны и должны быть рассматриваемы просто как симптом раздражения известных органических участков мозга. Их нельзя называть галлюцинациями даже с этим добавлением (элементарные), так как галлюцинации представляют всегда более сложное и иное по существу расстройство, затрагивающее церебральные механизмы в целом.

При описании галлюцинаций ввиду разнообразия и обилия явлений удобнее всего сгруппировать их по какому-нибудь признаку: таковым можно взять соответствие их тому или другому органу чувств. В случае зрительных галлюцинаторных переживаний видятся или какие-нибудь определенные фигуры или целые сцены. Больному представляются какие-то лица, родные или знакомые или совершенно посторонние люди, умершие родственники, различные звери, насекомые. Галлюцинации иногда соответствуют реальным образам, иногда же носят совершенно фантастический характер: видится смерть с косой, нечистая сила в самых различных видах, невиданные страшные звери или совершенно фантастические фигуры (рис. 2). В части случаев видятся отдельные фигуры, но иногда они являются в очень большом количестве, заполняя все окружающее больного пространство. Изредка фигуры представляются в очень малом или, наоборот, в очень

большо
и макр
люцина
частью
образы
ками я
наруж
ленное
ному,
жена р
больно
и броса
чорт с
дразни
вое оп
галлю
вляет
гара П
Описан
своего
повтор
больно
изобра
ний эт
вляет
gänger
нике»
же изо
цинато
душеви
худож
чае пр
ли и
в виду
в одно
же вре
точные
целей.
Гете. I
отдель
пресле
фрагме
на кус
ные, н
бы на
жуются
наций
нию к
сам пр
гом ид
топрес

большом размере (микро- и макроманические галлюцинации). Большей частью видятся яркие образы со всеми признаками живых существ, обнаруживающих определенное отношение к больному, например умершая жена рукой манит к себе больного, звери прыгают и бросаются на больного, чорт строит ему рожи и дразнит языком. Красивое описание зрительной галлюцинации представляет стихотворение Эдгара По «Черный ворон». Описаны случаи видения своего двойника, который повторяет все движения больного. Поэтическое изображение переживаний этого рода представляет «Двойник» (Doppelgänger) Гейне. В «Двойнике» Достоевского также изображаются галлюцинаторные переживания душевнобольного. Хотя художник в данном случае преследовал свои цели и в частности имел

в виду символическое изображение одновременного существования в одном человеке самых различных свойств, как бы двух разных и в то же время очень близких людей, все же описанные им явления очень точны и могут служить хорошим примером для психиатрических целей. Своего двойника видел в галлюцинаторных переживаниях Гете. Иногда видятся не цельные фигуры людей, животных, а только отдельные части, например красные головы, страшные глаза, всюду преследующие больного, кровь, бесформенные части тела, какие-то фрагменты. Один больной видел, что в котле варилось разрубленное на куски его тело. В некоторых случаях образы, хотя и вполне реальные, не носят яркого, чувственного характера, а представляются как бы нарисованными. Иногда при этом фигуры и целые картины движутся как бы в кинематографе. В случае множественности галлюцинаций они нередко носят характер сцен и происшествий, по отношению к которым больной иногда остается простым зрителем, иногда же сам принимает в них активное участие. Больному кажется, что кругом идет война и везде льется кровь, происходит землетрясение, светопредставление, что он присутствует на своих собственных похоронах.

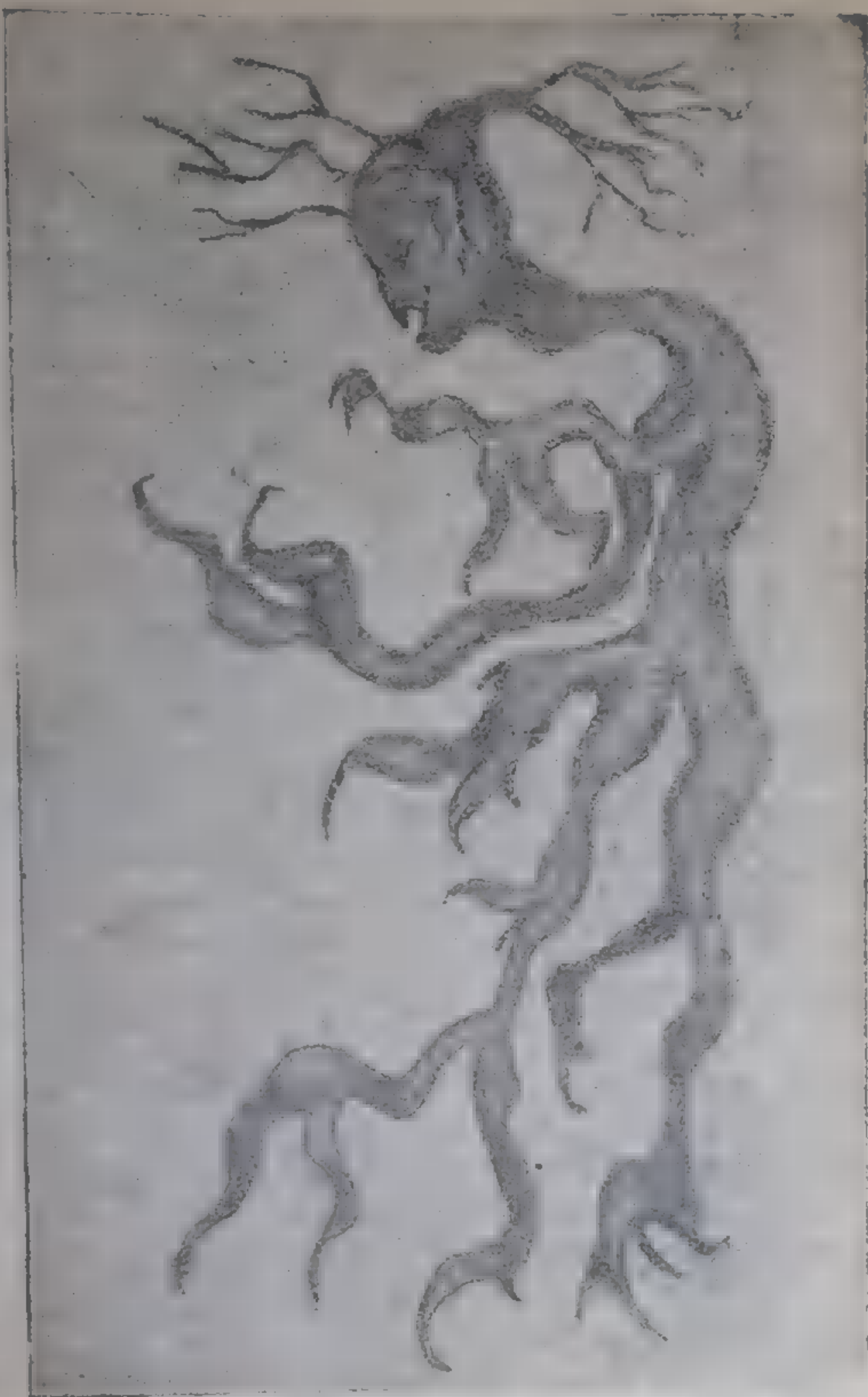


Рис. 2. Галлюцинаторный образ, зарисованный самой больной.

В случае слуховых галлюцинаций больному слышатся крики, голоса, брань, какой-то подозрительный шопот, выстрелы и целая на-нонада, пение, оркестровая музыка, игра на граммофоне; иногда слышатся целые разговоры, в которых, судя по голосам, принимают участие многие люди, частью знакомые больного, частью совершенно чужие. Иногда ведутся длинные диалоги, целые дискуссии, в которых обсуждается вся жизнь больного и дается оценка его поступкам. Содержание голосов большей частью неприятно для больного, но вместе с враждебными голосами слышатся и сочувствующие ему, заступающие за него, указывая, что он совсем не такой плохой человек, — может исправиться. Иногда голоса переговариваются между собой и говорят о больном, не обращаясь непосредственно к нему (нередко бывает при шизофрении), иногда же прямо говорят больному, обращаясь во 2-м лице (часто при алкогольных психозах). Голоса большей частью носят характер полнейшей реальности и слышатся так ясно, как если бы они принадлежали кому-нибудь, находящемуся рядом с больным. Голоса поэтому очень часто приписываются окружающим, собеседникам больного, соседям по палате, ухаживающему персоналу, прохожим на улице, пассажирам, едущим в том же трамвае. Реальный характер голосов и волнующее содержание нередко ведут к различного рода недоразумениям. Одну молодую пациентку, скромную девушку, страдавшую шизофренией, более всего мучили голоса, очень часто выкрикивавшие циничную брань по ее адресу. Как ей казалось, бранные слова произносились ее сослуживцами, находившимися в той же комнате. Обиды, которые ей слышались, были так невыносимы, что нередко она требовала объяснения от своих товарищей и приводила их этим в большое недоумение. В некоторых случаях хотя больной и ясно слышит слова или фразы, он знает в то же время, что это только кажущиеся явления. Мурр (Mourgue) такие голоса называет галлюциноидами. Иногда больным кажется, что голоса произносятся животными, птицами и даже неодушевленными предметами. Голоса иногда носят императивный характер, требуют в категорической форме выполнения каких-нибудь приказаний, изредка в галлюцинаторных переживаниях повторяется одно и то же слово (навязчивые галлюцинации по терминологии некоторых авторов). Бывают случаи, что больной целыми днями и неделями ведет диалоги со своим воображаемым собеседником. Иногда, особенно при алкогольных психозах, голоса ни на минуту не оставляют больного: персбивая его мысли, передразнивая и насмехаясь над ним, выставляя всю его жизнь в самом непривлекательном виде, истолковывая даже хорошие его мысли и намерения самым извращенным и обидным для больного образом, они могут сделать его существование совершенно невыносимым и даже привести к самоубийству.

Иногда, особенно часто при шизофрении, слуховые галлюцинации носят совершенно особый характер. Голоса повторяют мысли больного, и о чем бы он ни подумал, тотчас же это повторяется в галлюцинациях; у больного получается впечатление, точно кто-то подслушивает или иным каким-либо образом узнает его мысли и повторяет их вслух, или точно в силу каких-то причин его мысли становятся громкими, звучащими, точно кто-то их произносит вслух, отсюда

и немер
d e n, p
Как
могут у
вания и
Нередко
при ин
кращаю

В ш
Кальбау
ц и н а ц
собствен
галлюци
исследов
прекращ
давало и
Гознака
нали шу
шая из к
развитие
они слы

Калл
особого р
К ним с
кухонной
шится в
находитс
калиновс
такое ош
наблюда
вызывало
нациям
при встр
и слухов
ным обр
вают сл
момент з
считаютс
о п р о с

Обон
часто и
цироват
ции при
лостный
напущен
кажется
наприме
каких-т
мяса. О
ствуют
жизни в
не сравн
подходя
делить
щегося
тельнос

и немецкое название этого явления — *Gedankenlautwerden*, громкость, слышимость мыслей.

Как и при зрительных галлюцинациях, добавочные раздражения могут усилить существующие слуховые галлюцинаторные переживания или даже вызвать, если в данный момент их не наблюдалось. Нередко слуховые галлюцинации усиливаются при чтении и вообще при интеллектуальной работе, уменьшаются или даже совсем прекращаются в состоянии покоя.

В шумной обстановке голоса обыкновенно усиливаются. Со времени Кальбаума сохранилось название «функциональные галлюцинации». В этих случаях внешние раздражения, не воспринимаясь собственно в иллюзорном смысле, представляют условия для появления галлюцинаций. У одной шизофренички, подвергнутой экспериментальному исследованию, голоса появлялись вместе с началом звучания камертона и прекращались вместе с ним. При этом повышение тональности камертона давало иногда и повышение голосов. У одной нашей пациентки, работницы Гознака с пресенильным психозом, голоса появлялись на работе, когда начинали шуметь моторы. Голоса говорили про нее, пели песни: вода, вытекавшая из крана, точно выговаривала: «Иди домой, Наденька». С дальнейшим развитием болезни голоса стали появляться самостоятельно, но первое время они слышались только при шуме.

Кальбауму же принадлежит другое, не совсем тоже удачное название особого рода галлюцинаций «рефлекторные галлюцинации». К ним относятся такие явления, когда шум передвигаемой мебели, стук кухонной посуды, шум от натирания полов в верхнем этаже больным слышится в собственном теле, например в ногах, как будто источник шума находится именно в его теле. Один пациент Майер-Гросса в состоянии мescalинового отравления говорил, что при звуках губной гармоник у него такое ощущение, точно через него проходят громко звучащие черви. Иногда наблюдалось, что внешнее раздражение одного какого-нибудь органа чувств вызывало галлюцинации в области другого, если склонность к галлюцинациям вообще имелаась налицо, например больной слышит бранные слова при встрече только с определенным лицом. Ночью как зрительные, так и слуховые галлюцинации значительно усиливаются, что объясняется главным образом усилением страхов и общим ухудшением самочувствия. Бывают случаи, что галлюцинации, именно слуховые, появляются только в момент засыпания. Такие гипнагогические галлюцинации считаются типическими для алкоголиков. В других случаях можно говорить о проночных галлюцинациях.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются сравнительно часто и иногда играют большую роль. Их впрочем не легко дифференцировать от соответствующих иллюзий. Реже бывают галлюцинации приятного содержания. Чаще ощущается отвратительный гнилостный запах, запах тухлых яиц, гари, каких-то ядовитых газов, напущенных в комнату, запах крови, электричества. Больным нередко кажется, что трупный, гнилостный запах исходит именно от них, например изо рта. В пище ощущается какой-то особенный привкус каких-то положенных туда ядовитых веществ, лекарств, гниющего мяса. Обонятельные и вкусовые ощущения большей частью соответствуют каким-нибудь обычным, хорошо известным из повседневной жизни веществам, но иногда они носят совсем особенный, ни с чем не сравнимый характер, для описания которого больные не находят подходящих выражений. Галлюцинации этого рода очень трудно отделить от иллюзий, тем более, что вследствие постоянно наблюдающегося у больных в более или менее резкой форме расстройства деятельности внутренних органов и вообще вегетативной системы у них

очень часты различные необычные ощущения в этой области. Так запах пота у некоторых больных бывает очень силен и носит чрезвычайно неприятный оттенок. Вследствие частых нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и плохого ухода за полостью рта действительно может наблюдаться дурной запах изо рта, равно как возможно и изменение вкусовых ощущений.

То же самое нужно сказать относительно иллюзий и галлюцинаций в области кожного и общего чувства, также находящихся в тесной связи с вегетативными расстройствами. У многих больных наблюдается помимо частых вообще более особое ощущение прохождения электрического тока, сопровождаемое какими-то подергиваниями во всем теле, ощущение переливания, перебирания, ощущение каких-то движений внутри тела, точно там имеется что-то постороннее и живое. Особенно много ощущений бывает со стороны головы; помимо перечисленных ощущений бывает чувство жара или холода, распирающего, увеличения всей головы или только мозга, который, разбухая, давит изнутри на череп, напирает на глазные яблоки и вызывает сильные боли. Аналогичные ощущения могут быть в половой сфере. Кроме общеизвестного чувства ползания мурашек наблюдаются такие ощущения, точно в коже или под кожей имеется что-то постороннее, какие-то живые существа, насекомые, вызывающие нестерпимый зуд и боли.

Галлюцинации в собственном смысле носят характер полной ясности, конкретности, производят на больных впечатление живой действительности и вызывают реакцию, как к чему-то реально существующему; больные отвечают на голоса, защищаются от воображаемых обвинений, убегают от грозившей опасности, сами переходят от защиты к нападению. Но отношение к галлюцинациям в значительной степени зависит от их длительности, от особенностей болезни, главным образом от степени сохранности интеллекта и возможности критического отношения вообще. В очень многих случаях, например при алкогольных расстройствах, вообще при затяжных заболеваниях, больные как бы свыкаются с галлюцинациями и научаются к ним правильно относиться. Галлюцинации, в первое время не возбуждавшие никаких сомнений в реальности соответствующих явлений, сохраняют и в дальнейшем свои характерные особенности, теряя может быть в яркости, но больные начинают видеть в них что-то, отличающееся от живой действительности, стараются не обращать на них внимания и иногда привыкают к ним настолько, что галлюцинации не мешают выполнять обычную работу. В некоторых случаях галлюцинаторные образы, хотя носят в полной мере характер яркости и какой-то реальной сущности, с самого начала производят впечатление чего-то особенного, ненормального. Иногда видения или голоса кажутся больным идущими неизвестно откуда, точно из потустороннего мира. В некоторых случаях это впечатление бывает так сильно, что вызывает у больных что-то вроде оборонительной реакции, не позволяющей вступать с видениями в контакт. Один больной с инфекционным делирием, слыша голос и вопросы такого «неземного» происхождения, определенно сдерживал себя от того, чтобы не отвечать на них, так как чувствовал, что если он начнет это делать, его рассудку грозит большая опасность. Галлюцинаторные образы не всегда

приу-
лоса
вокр
изве
в со
ным
явле
лока
наша
глаз
зван
щие
па га
че с
ц и й
Если
ние
само
серд
ствие
жизн
от об
них,
ные
таки
Галл
фран
вому
«псев
предс
из ол
хоро
случа
люци

Н
к тому
недале
уголь
в осем
«Докт
нима
ему: «
карточ
нее по
галлю
«экспр
чатся
медици
точка
с вопро
тивши
ему б
насто
в ком

приурочиваются к определенному пространству и направлению. Голоса иногда слышатся не со стороны других людей, находящихся вокруг больного, не сверху или снизу и не из соседних комнат, а неизвестно откуда. Это не мешает однако им оставаться галлюцинациями в собственном смысле. Но бывают случаи, отличающиеся существенным образом от всех описанных нами переживаний. Возможны такие явления, когда те или другие фигуры или вообще зрительные образы локализируются где-то позади больного, как-то вне поля зрения. Одна наша пациентка видела две особенные светлые полосы позади своих глаз, где-то внутри головы. Блейлер дал таким переживаниям название: **экстракампинные галлюцинации** (находящиеся вне поля зрения). Гораздо большее значение имеет особая группа галлюцинаторных переживаний, получившая название **психических галлюцинаций**, или **псевдогаллюцинаций**. Галлюцинации этого рода лишены конкретности и реальности. Если речь идет о слуховых переживаниях, то это какие-то внутренние голоса, не принадлежащие кому-либо извне, а звучащие внутри самого больного, например в его голове, в грудной клетке, в области сердца. Помимо локализации голоса этого рода отличаются отсутствием всего того, что характеризует живой голос; они как-то безжизненны, беззвучны, так что сами пациенты резко отличают их от обычной живой речи и звуков человеческого голоса и говорят о них, как о «внутренних голосах», «мнениях». Точно так же и зрительные образы как-то бестелесны, лишены плоти и крови. Больные в таких случаях говорят о мысленных видениях и мысленных голосах. Галлюцинации этого рода были описаны независимо друг от друга французским психиатром Бейяржером и русским—Кандинским. Первому принадлежит термин «психические галлюцинации», второму—«псевдогаллюцинации». Считаем желательным для более точного представления сущности псевдогаллюцинаций привести выдержки из описания одного случая Кандинского, который мог особенно хорошо изучить это расстройство, так как сам страдал им. В этом случае наблюдались как истинные галлюцинации, так и псевдогаллюцинации.

Находясь в больнице, больной как-то сидел на койке, прислушиваясь к тому, что ему говорили голоса из простенка. Вдруг он внутренне видит на недалеком от себя расстоянии весьма отчетливый зрительный образ—четырехугольный листок бледносиневатой, мраморизированной бумаги, величиной в осьмушку листа; на листе крупными золотыми буквами было напечатано: «Доктор Браун». В первый момент больной пришел было в недоумение, не понимая, что могло бы это значить, «голоса из простенка» вскоре известили ему: «вот профессор Браун прислал тебе свою визитную карточку». Хотя бумагу карточки и напечатанные буквы больной увидел вполне отчетливо, тем не менее по выздоровлении он решительно утверждал, что это была не настоящая галлюцинация, а именно то, что он за неимением лучшего термина называл «экспрессивно-пластическое представление». За первой карточкой стали получаться и другие с разными фамилиями (исключительно врачей и профессоров медицины), причем каждый раз «голоса» докладывали: «вот тебе визитная карточка Х, профессора Y» и т. д. Тогда больной обратился к лицам в простенке с вопросом, не может ли он в ответ на любезность врачей и профессоров, почтивших его своим вниманием, разослать им свои визитные карточки, на что ему было отвечено утвердительно. Надо заметить, что больной к этому времени настолько освоился с «голосами», что иногда (но не иначе, как оставшись один в комнате) обращался к ним с разного рода вопросами и протестами, произ-

нося их вслух и выслушивая галлюцинаторно на них ответы. В течение целых двух дней больной только тем и занимался, что получал путем псевдогаллюцинаций зрения визитные карточки от разных лиц и взамен того мысленно (но не псевдогаллюцинаторно) рассылал ■ большом количестве свои собственные карточки, пока наконец не был резко остановлен голосом из простенка: «Не стреляй так своими карточками». По выздоровлении больной уверял, что он прежде видел, а потом уже слышал объяснение, а не наоборот»

К псевдогаллюцинациям нужно отнести также так называемые слесные и кинестетические галлюцинации Сегла (Seglas), когда больной объектирует в языке, во рту, глотке двигательные импульсы, необходимые для произнесения слов.

Большой интерес представляет вопрос о том, как больные говорят о своих галлюцинациях, в какой степени охотно и ■ каких выражениях. Эта сторона имеет и практическое значение, так как от того или другого отношения больных к этому зависит возможность более или менее полного ознакомления с галлюцинаторными расстройствами, играющими вообще большую роль в построении психоза.

При наличии ярких галлюцинаций, как например бывает при белой горячке и вообще при делириозных состояниях, нет особенной надобности спрашивать о чем-либо, так как галлюцинации отражаются на всем поведении больных и могут быть изучаемы непосредственно по их речи, ответам на воображаемые вопросы, мимике, тем или другим поступкам. Хорошим практическим приемом для делириков, который мы часто применяем, является предложение поговорить по телефону, причем больному дается просто стетоскоп или ни с чем не соединенная телефонная трубка. Больные при этом немедленно начинают вести оживленные беседы с разными лицами. У больных с алкогольным делирием зрительные галлюцинации резко усиливаются при легком надавливании на глазные яблоки (способ Липмана). Таким путем галлюцинации можно вызвать также в периоде выздоровления, когда вообще их не наблюдается.

При этом галлюцинации можно до известной степени внушить больному, спрашивая его, что видно налево, вверху. Галлюцинации можно также внушить, предлагая галлюцинанту рассматривать чистый лист бумаги или спрашивая его: «а что это такое у вас на простыне».

Такие больные при соответствующих вопросах и сами дают определенные сведения о содержании своих переживаний как в этот самый период, так и после, по миновании болезненных явлений. Не будучи конечно знакомы с сущностью наблюдаемых у них расстройств, больные говорят о них, как о видениях, голосах, очень часто не отличают от сновидений. Часто употребляют такое выражение, как «мне помешалось», «гласится», «было представление» и т. п. В других случаях и главным образом при недоверчивом или прямо бредовом отношении к окружающим не только не всегда наблюдается такая полная готовность поделиться с другими своими переживаниями, но, наоборот, ясно выражена тенденция скрывать их, утаивать и даже прямо отрицать. Такое сознательное стремление утаивать и отрицать то, что несомненно имеется, носит вообще название диссимуляции и наблюдается не только по отношению к галлюцинациям, но и к другим переживаниям, например к бреду. В этом отношении имеет значение, что больные, некоторые по крайней мере, охотнее



Рис. 3. Слуховые галлюцинации, в зависимости от которых изменяется выражение лица.

говорят о своих галлюцинациях в остром периоде болезни, а потом замолкают и отвечают на вопросы о них уклончиво, хотя бы галлюцинации и продолжали наблюдаться. Также заслуживает внимания, что больные охотнее говорят о своих галлюцинаторных переживаниях, как о чем-то бывшем в прошлом, и склонны отрицать их ■ настоящим, хотя при дальнейшем течении из слов самого пациента выясняется, что галлюцинации у него были и в то время, когда он их отрицал. При полной недоступности больных, а также в случаях глубокого затемнения сознания, когда беседа с ними вообще невозможна, для установления наличности галлюцинаций может принести пользу знакомство с так называемыми объективными признаками их, к которым относят неподвижный взгляд в одном направлении, заставляющий думать, что больной что-то рассматривает, поворачивание головы в одну сторону, точно больной к чему-то прислушивается, закрывание ушей и носа при слуховых и обонятельных галлюцинациях. Сюда же можно отнести такие явления, когда больной что-то ловит в воздухе, стряхивает с себя или с постели. Галлюцинанта иногда можно узнать по внешнему виду, по особенному выражению лица, которое при этом меняется ■ зависимости от содержания галлюцинаций (рис. 3), далее по какой-то настороженности и в то же время отрешенности от окружающего, по выражению сильного страха или, наоборот, особенной восторженности.

Наконец имеет значение, что галлюцинации и в особенности иллюзии могут быть и внушенными. В ясной форме это можно видеть в состоянии гипноза, когда загипнотизированному можно внушить какие угодно образы, равно как можно внушить отсутствие восприятия действительно существующих объектов (отрицательные галлюцинации). К внушенным галлюцинациям, без участия гипнотического усыпления, относится большинство коллективных и массовых галлюцинаций, когда одни и те же (не всегда в той же форме) образы ощущало большое количество лиц; сюда относятся известные из истории случаи видения креста на небе, видение чудес. случаи,

когда целые тысячи людей видели изгоняемого беса и т. п. Как видно из приведенных примеров и других многочисленных случаев, галлюцинации могут быть у людей совершенно здоровых, но обычно находящихся в состоянии большого переутомления или большого нервного волнения. Часто приводят пример Лютера, в период напряженной работы и волнений выдавшего чорта, Тассо, беседовавшего со своим добрым гением. Как показали анкетные обследования, галлюцинации у здоровых наблюдаются в довольно большом проценте, который конечно не достигает цифр, относящихся к душевнобольным (от 30 до 80% по разным авторам). Здоровые чаще всего видят отдельные фигуры, слышат звуки, голоса. Особенно часты так называемые оклики, когда страдающему ими кажется, что его называют по имени.

Возможно полное знакомство с галлюцинаторными переживаниями душевнобольных имеет очень большое значение. Прежде всего они являются, если вообще имеют место, самыми яркими признаками в картине психоза, чрезвычайно важным пластическим материалом в его построении, — в общем тем, что придает характерный отпечаток отдельным случаям. При всем разнообразии и многочисленности галлюцинаций содержание и форма их в отдельных случаях далеко не случайны. Каждому более или менее важному этиологическому моменту, тому или иному сдвигу в биологических реакциях и различным изменениям мозга как анализатора соответствуют определенные особенности реагирования, которые могут отразиться и на характере галлюцинаций. Последние не являются случайным, оторванным от всего остального признаком, а стоят в связи с особенностями психических процессов в целом. На галлюцинации нужно смотреть не как на симптомы простого раздражения отдельных участков, а как на продукты известного творчества, на результатах которого отражаются все врожденные и приобретенные особенности психической индивидуальности, та или другая организация психических механизмов и их состояние в данный момент. Тщательное изучение галлюцинаций может поэтому многое дать для выяснения характера заболевания в целом, — выражаясь клиническим языком, может помочь диагностике. Отсылая за подробными данными по этому вопросу к главам, содержащим описание отдельных заболеваний, можно теперь же указать на некоторые наиболее важные факты.

Обильные зрительные и слуховые галлюцинации, носящие преимущественно характер сцен с видением большого количества мелких животных, нечистой силы, характерны для белой горячки. Те же особенности, но с более разнообразным содержанием галлюцинаций, переживанием различных сцен, путешествий и т. п. типичны для делириев вообще. Микроманический тип галлюцинаций свойствен кокаинизму. При затяжных алкогольных психозах наблюдаются преимущественно слуховые галлюцинации. Последние, особенно в форме *Gedankenlautwerden*, а также обонятельные и вкусовые галлюцинации характерны для шизофрении. Кожные ощущения в форме ползания мурашек со времен Маньяна считаются характерными для кокаинизма.

Для лучшего уяснения сущности галлюцинаций и значения их как среди других психопатологических феноменов, так и в общем построении психоза, необходимо коснуться, хотя бы и в самых общих чертах, вопроса об

их генезе. Из многочисленных теорий по этому вопросу, количество которых не перестает увеличиваться, мы остановимся только на самых главных и притом таких, которые являются типическими для определенных направлений в самых подходах к решению вопроса. Одной из таких является так называемая периферическая теория галлюцинаций, более всего придающая значение изменениям периферических воспринимающих аппаратов, пятнам роговицы, изменениям хрусталика и других светопреломляющих сред глаза, скоплениям серы в наружном ухе, заболеваниям среднего уха и т. п. Предполагалось, что раздражения, связанные с этими местными процессами, могут дать толчок для развития более центральных раздражений, дающих в конце концов галлюцинации. Исходным пунктом для построения этой теории были сравнительно немногие клинические случаи, в которых вместе с теми или другими галлюцинациями наблюдалось какое-либо из вышеперечисленных изменений. Некоторые случаи односторонних галлюцинаций при наличии заболеваний органа зрения или слуха только на одной стороне также приводились авторами как доказательство справедливости этой теории. В пользу ее использовались также случаи слуховых галлюцинаций у глухих, сохранивших остатки слуха, и галлюцинаций, бывающих иногда у больных со слепотой на почве атрофии зрительного нерва. Эта теория однако в настоящее время вряд ли имеет сторонников. С одной стороны, далеко не у всех галлюцинантов можно найти изменения перечисленного рода, а главное давно доказано, что развитие галлюцинаций возможно при полном разрушении соответствующего периферического аппарата, при полной глухоте или слепоте, причем исключается в пораженных органах возможность каких-либо источников раздражения. Давно уже пришли к убеждению, что галлюцинации—психическое образование центрального происхождения. Большими симпатиями пользуется поэтому теория, исходившая из мысли о раздражении центральных отделов, именно центров высших органов чувств, неодинаковых в зависимости от характера галлюцинаций. Так смотрели на положение дела Гаген, Шюле, Крафт-Эбинг, Тамбурины, Корсаков.

Роль этого центрального раздражения понималась однако в разное время неодинаково. В период господства вундтовской, ассоциационной психологии предполагалось, что зрительную, слуховую или иную какую-нибудь галлюцинацию можно рассматривать как симптом местного раздражения соответствующего кортикального центра. Так именно объясняли себе дело в случаях слуховых или обонятельных галлюцинаций при опухолях соответствующих отделов мозга. В монографиях об опухолях мозга можно найти например указание, что слуховые галлюцинации могут рассматриваться как фокусный симптом поражения височной доли, а обонятельные галлюцинации—как симптом сдавления *gyri uncinati*. С современной точки зрения нет возможности конечно так просто объяснять генез галлюцинаций. Они являются сложным психическим явлением, которое едва ли можно приурочить к какому-нибудь ограниченному участку. Главным образом они наблюдаются при общих заболеваниях мозга, какими прежде всего являются все психозы, и из них чаще всего—галлюцинации при алкогольных и вообще интоксикационных заболеваниях, инфекционных психозах, при сифилисе мозга, шизофрении—вообще случаях с ясно выраженным диффузным распространением изменений. Беглый взгляд на все эти заболевания, при которых особенно постоянны и многочисленны бывают галлюцинации, не оставляет никакого сомнения в том, что причина последних не может заключаться просто в механическом, химическом или каком-либо ином раздражении. Если же галлюцинации наблюдаются при опухолях мозга, то объяснение должно быть более сложным. Опухоли мозга только с большими ограничениями могут быть использованы для решения вопросов о локализации, так как при них помимо того, что опухоль сама по себе может кроме местного действия давать и симптомы поражения отдаленных от нее участков, постоянны общие мозговые симптомы, а самое главное—это то, что опухоль в мозгу является источником расстройства обмена с наличием токсических изменений, далеко не ограничивающихся областью опухоли. Таким образом случаи опухоли мозга с галлюцинациями также подходят под общее правило, по которому последние требуют для своего развития диффузных и притом очень часто токсических изменений. В этом особенно убеждают случаи отравления, в том числе экспериментальные, различными алкалоидами и другими ядами,

опием, гашишем, беладонной, мескалином. Хотя соответствующие галлюцинаторным переживаниям биологические процессы не могут быть вполне точно локализованы в анатомическом смысле, но все же несомненно, что они должны затрагивать главным образом те психические механизмы, функционирование которых особенно тесно связано с раздражением периферических аппаратов высших органов чувств. На это указывает и структура галлюцинаций, построение их из элементов, относящихся к психосенсорной зоне, и сохранение ядра личности с возможностью критического отношения и со стремлением провести демаркационную линию между переживаниями, особенно интимно связанными с нашим «я», и галлюцинаторными образами. Вышеприведенное определение К. Гольдштейна является типом неврологического толкования галлюцинаций; оно ставит акцент на местных изменениях в смысле раздражения сенсорной зоны. Эта теория является отражением взглядов старых психиатров, например Кальбаума, говорившего о патологической концентрации нервного раздражения на различные церебральные территории, Тамбурины, видевшего основную причину галлюцинации в состоянии возбуждения кортикальных сенсорных центров, Сури (Soury), по которому галлюцинации—это эпилепсия сенсорных центров. За последнее время в связи с другими подходами к сущности психических явлений намечается все более определенный отход от толкования галлюцинаций как элементарных расстройств, генез которых сводится к местному раздражению; центр тяжести теперь перемещается на общие изменения психики и в частности большое значение придается интеллектуальным изменениям. С новых точек зрения галлюцинации скорее являются интеллектуальным расстройством, так что стирается разница между галлюцинациями в собственном смысле и так называемыми псевдогаллюцинациями. Мурр рассматривает галлюцинации как результат общих изменений в организме, а именно думает, что в основе их лежат явления деперсонализации. Так в особенности заставляют думать наблюдения над токсическими и инфекционными галлюцинациями. Аналогично высказывается Клод. Он настаивает на резком отграничении истинных галлюцинаций всегда механической природы, свойственных главным образом органическим заболеваниям мозга, от структурно более сложных расстройств, наблюдаемых при хронических бредах. Фундаментом этих последних является чувство постороннего воздействия, откуда и предлагаемое автором название «синдром внешнего воздействия». По его мнению истинные галлюцинации характеризуются наплывом в сознание элементарных ощущений, нейтральных и свободных от аффективного содержания, с элементами простоты и «неожиданности». Истинные галлюцинации являются внешним феноменом, следствием определенных органических изменений или динамических пертурбаций центров или связей, соединяющих центр с периферией. Истинные галлюцинации наблюдаются с несомненностью при церебральных поражениях или менингитах, при опухолях, прогрессивном параличе и пр. В равной мере они могут быть обусловлены сосудистыми изменениями, которые ведут к функциональным расстройствам различных центров и являются причиной рефлекторных феноменов на расстоянии. В случаях делирия при интоксикациях разного рода речь идет о преходящих возбуждениях различных областей церебральной коры. Токси-инфекционные процессы дают делирии той же природы. Dementia praecox с несомненной органической сущностью может обусловить появление галлюцинаций той же органической природы, что и случаи церебральных поражений.

По нашему мнению проблема генеза галлюцинаций может быть правильно разрешена только в свете точного выяснения на данном конкретном случае взаимоотношений общего и частного. Из приведенных выше данных можно видеть, что сущность галлюцинаций нужно связывать с общими изменениями в мозгу, будет ли то диффузный органический, токсический или инфекционный процесс. Особенно много в этом отношении может дать анализ явлений при эпидемическом энцефалите, равно как вообще при состояниях сонливости и так называемых онирических состояниях французских психиатров. Здесь прежде всего приходится констатировать определенные корреляции между сновидными состояниями, с одной стороны, и галлюцинациями—с другой. Интересны указания, в справедливости которых мы могли убедиться и лично, что снотворные, даваемые галлюцинирующим больным, в частности энцефалитикам, иногда, если доза не оказывается дос-

таточной, дают не сон, а усиление галлюцинаций или вызывают их даже вновь в те периоды, когда их не наблюдалось. Еще больше значения имеют такие факты, констатированные нами и нашими сотрудниками, когда у больного галлюцинаторные состояния наблюдались тотчас по пробуждении, причем по своему существу и содержанию эти галлюцинации бывают непосредственным продолжением сновидений предшествующего пробуждению периода сна. Таким образом галлюцинации прежде всего являются результатом творческой деятельности мозга; по существу они представляют скорее расстройства не восприятий, а представлений. Но что является причиной проецирования последних вовне? Здесь конечно имеет значение изменение состояния сознания личности, деперсонализация, о которой говорилось выше. Оно аналогично тому состоянию, которое наблюдается при засыпании и с которым связаны так называемые гипнагогические галлюцинации. Но это слишком общее указание само по себе не разрешает вопроса. Нам думается, последний может быть разрешен только с точки зрения более общей проблемы отчуждения, для которой имеют значение данные невропатологического порядка, представленные Петцлем и его сотрудниками Гофом и Зильберманом. Они показали, что при определенных поражениях правого полушария возможны такие явления, когда собственные парализованные конечности кажутся чужими или собственный голос кажется чужим. Эти явления отчуждения собственного голоса и речи, имеющие отношение к сущности деперсонализации, несомненно имеют прямое отношение к сущности галлюцинаций. Местные изменения при определенной локализации ■ при наличии снижения тонуса личности, связанного с деперсонализацией, могут быть причиной того, что отдельные представления, являющиеся звеньями творческой работы, проецируются вовне и благодаря раздражению психосенсорной зоны приобретают характер полной реальности, давая переживания чувственных образов, хотя ■ возникая центрально без наличия возбуждения в воспринимающих аппаратах органов чувств. Местные раздражения имеют таким образом значение, но не такое, как думали прежде. Они играют роль и в смысле направления творческой деятельности, конкретно говоря, для характера и может быть для содержания галлюцинаций, подобно тому, как раздражения извне, доходящие до сознания спящего, влияют на характер его сновидений. Очень многое в генезе галлюцинаций остается еще неясным.

3. РАССТРОЙСТВА СИНТЕТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЗГА

Бредовые идеи

Название б р е д не только в общежитии, но во врачебном и даже психиатрическом мире применяется для обозначения не всегда одних и тех же явлений. С одной стороны, с добавлением того или другого определения слово бред является названием болезни, например затяжной алкогольный бред, инфекционный бред, с другой,—это обозначение определенного психопатологического феномена, характерного явления, хотя и имеющего очень большое значение в патологии, но все же только отдельного признака, встречаемого при самых различных заболеваниях. Эта некоторая путаница понятий объясняется главным образом тем, что в известные периоды развития психиатрии, как мы уже отмечали в главе о сущности психоза, болезнью считались явления, которые с современной точки зрения—только отдельные признаки, а так как бредовые идеи являются чрезвычайно частым и наиболее существенным признаком душевного заболевания, то естественно, что отдельные бредовые идеи могли квалифицироваться как самостоятельная болезнь. Имеет значение и то, что самое слово бред (Delir, Delirium, Wahn—немцев, delire—французов) на различных языках имеет не вполне одинаковое значение. Во избежание не-

доразумений вместо широкого и недостаточно определенного термина—бред следовало бы говорить в соответствующих случаях о бреде и о бредовых идеях как отдельных признаках психоза или о делириях, делириозных состояниях алкогольного, инфекционного или другого какого-нибудь происхождения.

Бредовые идеи в кратком определении—это возникшие на болезненной основе заблуждения, недоступные коррекции ни путем убеждения ни другим каким бы то ни было образом. В своем существе это неверные, ложные мысли, ошибки суждения, но они выделяются из ряда других заблуждений, например предрассудков, суеверий, ходячих, но неверных мнений, тем именно, что развиваются на болезненной почве; они индивидуальны, составляют нечто, присущее именно данной психической личности. Такие заблуждения, как вера в чертей и ведьм, вера в порчу, в домового, который путает по ногам хвост лошади, или что мир стоит на трех китах, в отличие от бредовых идей представляют массовое явление, свойственное малокультурным слоям; эти заблуждения питаются невежеством благодаря тому, что недостаточность верных сведений мешает с должной критикой отнестись к тому, что передается от поколения к поколению. Но нужно иметь в виду, что отличие бредовых явлений от заблуждений вообще не в их содержании, а в механизме развития, именно в их индивидуальности и болезненной основе. Те же идеи одержимости нечистой силой могут развиться и в качестве бредовых, но это будет что-то не просто воспринятое от других, а развившееся вследствие болезненного изменения психики у человека, получившего известное образование и никогда не верившего в нечистую силу. Для полной оценки явления, в особенности в сомнительных случаях, необходимо войти в рассмотрение всех особенностей, какими человек обладал всегда, до болезни, и учесть возможную роль среды. Другое отличие бредовых идей от заблуждений—это то, что последние доступны исправлению, устранению путем убеждения, поднятия культурного уровня, вообще мерами просветительного характера. Естественно поэтому, что заблуждения разного рода были широко распространены в средние века, а теперь остались главным образом в глухих углах и вообще у лиц, которых не коснулось даже самое начальное образование. Что касается бредовых идей, то во вполне развитой форме они характеризуются своей неустранимостью, недоступностью для каких бы то ни было убеждений. Бредовые идеи в зависимости от характера болезни и ее течения в связи с общим улучшением и исчезновением других болезненных расстройств могут утратить свою яркость, подвергнуться частичной коррекции или даже совершенно исчезнуть, но этим только подчеркивается развитие их на болезненной основе, по отношению же к критизирующим влияниям и убеждениям со стороны они непоколебимы. Попытки разубедить больного с бредовыми идеями, доказать ему, что высказываемые им мысли неверны, не приводят ни к чему несмотря на самую, казалось бы, неотразимую аргументацию; скорее они еще больше укрепляют больного в его бредовых позициях и дают толчок для дальнейшего развития бреда. В этом отношении нужно помнить об известном афоризме, что сто мудрецов не в состоянии убедить одного безумного, скорее наоборот.

Для большей отчетливости представления о бредовых идеях необходимо указать на отличия от других аналогичных феноменов. Нередко применяется термин—доминирующие представления или идеи. Это понятие нормальной психологии и относится к господствующим в сознании представлениям, имеющим особое значение для данной индивидуальности; по своему содержанию это—идеи честолюбия, ревности; такой же характер могут принять художественные и ипохондрические представления. Навязчивые мысли, о которых речь будет ниже, в отличие от бреда доступны критике как со стороны, так и для сознания самого больного и переживаются им субъективно как что-то болезненное. Близки к ним сверхценные, переоценяемые идеи (*Überwertige Ideen*), понятие о которых дал Вернике. Это мысли или комплексы их, доминирующие над другими длительное время благодаря тому, что особенно сильно затрагивают эмоциональную сферу.

По своему содержанию это—представления, которые особенно затрагивают личность и обнаруживают тенденцию застревать в сознании. Они оказывают большое влияние на оценку и на все течение мыслей. По своему существу они не представляют ничего стойкого, нелепого и психологически понятны. По определению Бумке это—мысли или целые комплексы их, приобретающие на долгое время благодаря своему чувственному тону преобладание над всеми другими. Штранский в зависимости от того, больше или меньше затрагивается «я» больного, различает объективные и субъективные сверхценные идеи. К первым относятся религиозные, политические взгляды, ко вторым—мысли о собственной выгоде, идеи чести. Из сказанного ясно, что сверхценные идеи могут оказать глубокое влияние на все поведение, могут иногда натолкнуть на совершение каких-нибудь необычных поступков и даже актов насилия, например убийство под влиянием идей мести, всецело овладевших сознанием. По содержанию и в особенности по своему значению для личности они могут быть чрезвычайно различны. С одной стороны, к сверхценным идеям можно отнести мысли, которые овладевают научным исследователем: иногда это переживания, близкие к бредовым. Однако сверхценные идеи надо строго отличать от бреда, так как только большая напряженность и эмоциональная окрашенность являются причиной того, что отдельные звенья нормального хода мыслей выдвигаются на первый план с такой силой, что заслоняют собой все остальное; между тем бредовые идеи представляют результат патологического сдвига во всем мышлении. С другой стороны, в отличие от навязчивых мыслей сверхценные идеи отличаются тем, что содержание их далеко не случайно, как бывает там, а наоборот, характеризуется своей значительностью; в связи с этим для самого больного сверхценные мысли представляются не навязчивыми, насильственными, от которых желательно освободиться, а чем-то естественным, побуждающим к тому, чтобы отдаться им.

Бредовые идеи представляют наиболее характерный и важный признак душевного расстройства. В то же время они наблюдаются очень часто, почти в каждом случае душевного заболевания, хотя бы только в течение определенного периода.

Бредовые идеи представляют большое разнообразие по своему содержанию, по своей структуре и по роли, которую они играют в общей картине психоза. В смысле общего содержания наиболее часты идеи преследования. Больному кажется, что окружающие относятся к нему дурно, насмеваются над ним, как-то особенно смотрят, перешептываются относительно него, делают друг другу какие-то знаки; про него распускают дурные слухи, хотят очернить его самого и его семью. В более тяжелых случаях боль-

ной высказывает убеждение, что его хотят убить, какие-то люди неотступно следят за ним, ходят по пятам всюду, куда бы он ни пошел. В трамвае также попадаются подозрительные лица, которые многозначительно перемигиваются при его входе; иногда больному кажется, что кто-либо из прохожих, опуская руку в карман, хочет достать оружие, чтобы тут же на месте его застрелить. Бред иногда не связывается с какими-нибудь лицами, ■ больному кажется, что он находится под какими-то неизвестно откуда идущими воздействиями, иногда при этом думает о каких-нибудь организациях. Гораздо чаще, в особенности когда бред принимает вполне развитую форму, в нем фигурируют известные больному люди, его близкие родные, знакомые и различные лица, с которыми ему приходилось сталкиваться в силу каких-либо обстоятельств; сравнительно нередко бред связывается с лечащими врачами, которые будто бы неправильно лечат, умышленно стараются вместо пользы принести вред, прививают сифилис или какую-нибудь другую болезнь, хотят окончательно погубить больного.

Как об особых формах, можно говорить о бреде особого значения и о бреде отношения. В первом случае самые невинные обстоятельства начинают казаться имеющими какое-то особое значение; например неизвестный, прошедший мимо, имел какой-то странный вид и несомненно был сыщиком; прохожий, закрывая зонтик, так хлопнул им, что там наверное спрятан какой-то аппарат, все как-то переменялось, даже животные кажутся неестественными. Бред отношения является как бы дальнейшим развитием идей значения. Констатируемые кругом перемены больной принимает на свой счет. Слова и фразы, произносимые другими, например замечания о погоде или покрое платья, кажутся больному имеющими к нему определенное отношение; в газетных статьях больные постоянно видят намеки на те или другие события в их жизни; неизвестная женщина, сидевшая против больного в трамвае, так пристально на него смотрела, точно хотела что-то сказать. Такой бред распространяется иногда на животных и даже на неодушевленные предметы; например в расположении письменных принадлежностей на столе больной видит ясное осуждение своему поведению. Бред значения и отношения, представляя иногда нечто самостоятельное, очень часто переплетается с бредовыми идеями другого характера, образуя как бы аморфный бредовой фон, на котором развиваются более конкретные, отчетливо выраженные бредовые идеи.

Довольно частые формы представляют собой бред отравления и бред физического воздействия. В первом случае больные замечают какой-то странный привкус в пище и приходят к мысли, что их хотят отравить. Отраву они часто видят и в лекарствах. Для той же цели в комнату напускают ядовитые, удушающие газы. В случае бреда физического воздействия в собственном смысле больным кажется, что на них действуют электричеством с помощью каких-то особенных аппаратов, причиняют им этим ужасные мучения, насильственно изменяют направление их мыслей; иногда больные думают о каких-то особенных вновь изобретенных машинах. Эти машины, как кажется больным, поставлены где-то здесь, так что слышен их шум, или они действуют с очень большого расстоя-

ния. Различные новые изобретения и в особенности чудеса радио доставляют очень много пластического материала для сконструирования бредовых идей этого рода. В психиатрической клинике ИММИ, недалеко от которой находится наиболее мощная в Москве радиостанция, причем ее антенны стоят почти над окнами клиники, бред воздействия нередко связывался с действием именно этой станции. Одна больная, страдавшая бредом такого рода, была убеждена, что врачи клиники используют радиостанцию для своих опытов над больными, в частности для прививки сифилиса. Будучи переведена в другую больницу и даже после, когда больная уехала с родственниками за несколько сот километров от Москвы, она чувствовала те же ощущения, продолжала считать себя жертвой радиоопытов и подавала жалобы местным властям на действия врачей.

Во многих случаях приходится иметь дело с бредом гипнотического влияния. Чувствуя в себе какие-то перемены и по свойствам самой болезни не имея возможности дать им правильную оценку как явлениям болезненного порядка, больные начинают думать, что причина перемен заключается в каких-то влияниях со стороны. В особенности к этому ведет развивающееся на болезненной почве чувство внутренней несвободы, связанности. Изменение течения мыслей часто в необычном для больного направлении, появление в сознании мыслей странного, необычного содержания и навязчивое возвращение их против воли очень часто расцениваются как результат гипнотического влияния. Развитию бреда именно такого содержания способствует недостаточность сведений о сущности гипноза и преувеличенные представления о возможности внушений на расстоянии. Естественно, что бредовые идеи этого содержания нередко связываются с лечащими врачами. Бред порчи свойствен главным образом мало развитым людям и встречается теперь не так часто, как в прежние времена. О нем можно говорить там, где появление его свидетельствует об известном болезненном сдвиге в мирозерцании, а не тогда, когда он представляет заблуждение, механически воспринятое от других и свойственное больному как человеку своей среды. В этом случае на болезненной почве развивается самая склонность к развитию бредовых явлений; бред порчи для них берется как готовая форма. Он встречается или в самой общей форме, когда под влиянием злых людей, «от дурного глаза», предполагается появление расстройства здоровья ■ форме например «злой немощи», «килы» (грыжи), или когда бредовые интерпретации связаны с представлением о проникновении в тело больного нечистой силы, — б р е д о д е р ж и м о с т и в собственном смысле. Бред этого рода комбинируется с иллюзиями и галлюцинациями общего чувства, псевдогаллюцинациями и в особенности внутренними голосами. Тот же в сущности бред одержимости может принять несколько иную форму. Именно больному начинает казаться, что в тело его проникли различные животные, насекомые, змеи и т. п. Так одному нашему пациенту казалось, что он как-то вместе с воздухом проглотил двух ангелов, которые поместились у него где-то в грудной клетке и разговаривают с ним человеческими голосами; другая больная была убеждена, что в живот к ней забралась кошка и мяукает; при этом больная сама подражала кошачьему мяуканью, уверяя в то же время, что это мяукает не она, а вселившаяся в нее кошка.

Бред превращения в животных, зоонтропия, например бред превращения в волка (ликантропус), собаку (кинатропус) и т. д., представлял в прежнее время очень частую форму бреда. Его нужно отличать собственно от бреда одержимости.

Бред ограбления и воровства связан с представлением, что больному наносится имущественный ущерб неизвестными злоумышленниками или известными больному лицами. Больные, возвращаясь к себе в квартиры, находят ясные, как им думается, следы того, что кто-то без них хозяйничал, так как вещи расставлены иначе, хранилища несомненно открывались, причем недостает многих вещей. Развитию этой формы бреда способствуют ослабление памяти и общая недоверчивость и подозрительность; сочетание этих признаков свойственно больным со старческим слабоумием; поэтому именно у них бред воровства встречается особенно часто и на отдельные бредовые утверждения, например, что у них что-то пропало, что-то взято, можно смотреть как на расстройство, в основе которого лежат ошибки памяти.

Очень характерную и довольно частую форму представляет бред ревности. Больному кажется, что жена его стала как-то без причин холодна к нему, что она получает какие-то подозрительные письма, заводит тайно от него новые знакомства; в его отсутствие жену посещают какие-то мужчины, на постели он видит подозрительные пятна. Женщине, страдающей таким бредом, кажется, что муж изменяет ей с прислугой, назначает какие-то свидания в театре; ему постоянно звонят по телефону, куда-то приглашают. Бред ревности у мужчин очень часто развивается на алкогольной почве и имеет в основе половую слабость. У женщин он возникает большей частью в связи с истерическими и вообще невротическими расстройствами, нередко при психозах в климактерическом периоде.

В некоторых случаях бред преследования в той или другой форме комбинируется с бредом самообвинения, самоуничижения. Большей частью речь идет о больных с преобладающим тоскливым настроением. Им кажется, что они очень дурные, ничтожные люди, вся жизнь их наполнена ошибками; они привели на край гибели себя и своих близких, заслужили всеобщее презрение и достойны смерти. У некоторых больных бред выражается главным образом в идеях греховности.

Иногда идеи уничижения, обнищания распространяются и на все окружающее: все погибло, разрушено, ничего нет (нигилистические идеи, бред отрицания). При старческом слабоумии в особенности часто можно встретить бредовые утверждения, что у больного ничего нет, ни желудка, ни других органов, и что его тело—это труп (синдром Котара). Иногда больному кажется, что он весь стал совсем маленьким, микроскопическим (микроманический бред), невесомым, так что когда его ставят на весы, «они показывают нуль».

Особую форму представляет гипохондрический бред. На фоне дурного самочувствия и преувеличенных опасений за свое здоровье у больного развиваются идеи вроде следующих: тело все сгнило, желудка и кишечника уже нет; пищевод совершенно ссохся, так что пища проходить не может; сердце превратилось в какую-то тряпку,

мозг совершенно атрофирован, желудок не действует уже много лет. Одному больному казалось, что голова его стала стеклянная, и он отстранял всех от приближения к нему, боясь, что она разобьется. Сравнительно нередко у больных без достаточного повода и вопреки всяким анализам и заключениям специалистов развивается убеждение о сифилитическом заражении или о наличии какой-нибудь иной неизлечимой болезни. Больному кажется, что у него провалился уже нос, выпадают зубы, везде образуются язвы. Один больной, бывший под нашим наблюдением, не страдая совершенно сифилисом, убедил врачей в необходимости специфического лечения и проделал под их руководством несколько курсов его. Одним из поводов, но конечно не главной причиной, в этом случае было то, что вассермановская реакция, как это часто бывает, оказалась сомнительной, не прямо отрицательной.

Мы начали с бреда преследования, как наиболее частого, и затем перешли к другим формам, которые объединяются с ним тем, что также развиваются на фоне более или менее ясно выраженного дурного, пониженного самочувствия. В противоположность этим астеническим формам при стеническом бреде, к которому в смысле содержания относятся различные бредовые идеи величия, основной фон настроения является повышенным. Бред величия по своему характеру сравнительно не так разнообразен, как бред преследования, причем здесь содержание очень варьирует в зависимости от времени, среды, степени образования и миросозерцания пациента. В прежнее время очень часто можно было встретить бред знатности, высокого происхождения. Больной с таким горделивым бредом величия заявлял, что он царь, император вселенной, бог саваоф, владыка мира, князь. В зависимости от состояния интеллекта и других особенностей болезни больные различно объясняют, почему они оказались выделенными так резко от других людей. Иногда они заявляют, что было такое назначение свыше, о чем печаталось даже в газетах; в других случаях высокое звание было даровано за заслуги, заработано самим больным; иногда оказывается, что больной происходит из знатной семьи, в детстве был похищен цыганами, подкинут в чужую семью и только потом обнаружилось, что больной — не простой человек. Глубоко слабоумные больные обыкновенно не дают никаких объяснений. За последнее время бредовые концепции чаще идут в другом направлении. Больной называет себя государственным деятелем, говорит о себе как о человеке, оказавшем государству и всему миру громадные услуги.

В случае бреда богатства больные говорят о своих миллионных заработках, о большом количестве золота, драгоценных камней, имений, которые им принадлежат; у больного бесчисленное количество магазинов, различных торговых и промышленных предприятий, которые доставляют ему неисчислимые доходы. За последние годы бред богатства также принимает несколько иные формы, и больные больше говорят о своих больших заработках, чем об имениях, о громадных капиталах, приобретенных по наследству или в силу высокого происхождения. Иногда богатство заключается в большом количестве жен, детей, число которых доходит до многих сотен. Иногда на первый план выступает фантастическая переоценка своей физической силы, здоровья. Больной в состоянии поднять невероятные

тяжести, будет жить миллионы лет, в состоянии оплодотворить всех женщин мира. В некоторых случаях бред принимает эротический характер. Красота больной привлекает к себе все сердца; больной делают предложения высокопоставленные лица, пишут бесчисленное количество любовных писем; всюду, где ни появится больная, все на нее обращают внимание.

Представляет большой интерес бред открытий и изобретений. Чаще всего он вкраплен в сложную клиническую картину, включающую в себя большое количество разнообразных симптомов, но иногда выдвигается на первый план и составляет как бы отдельную форму. Больные этого рода оказываются изобретателями особых, имеющих громадное значение, аппаратов, особой системы аэропланов, двигателей, *perpetuum mobile*, открыли секрет бессмертия, нашли средство от всех болезней. Один пациент, бывший под нашим наблюдением, изобрел мазь, помогающую от всех болезней, другой открыл способ, как переливать кровь от живущих сотни лет сокола и крокодила больным и делать их таким образом не только здоровыми, но и бессмертными, третий открыл метод массового внушения, делающего всех людей совершенными во всех отношениях, и т. д. В зависимости от сохранности интеллекта ■ болезни и степени одаренности больных «изобретения» их или совершенно нелепы, или представляют известную ценность, или по крайней мере имеют ■ основе мысль, заслуживающую внимания.

Мы отмечали уже, что в переживаниях душевнобольного отражаются его мир, мировоззрения современной ему эпохи и среды, к которой он принадлежит, а также большее или меньшее интеллектуальное богатство и степень одаренности. Сравнение историй болезни из различных более или менее отдаленных периодов, насколько они сохранились ■ архивах, с современными открывает очень большие различия. Это ■ особенности относятся к бредовым идеям. Почти исчезли картины демономанического бреда, столь характерные для средних веков, почти не встречается бред превращения в животных, очень часто отмечавшийся во времена Пинеля ■ Эскироля. Бредовые концепции теперь обычно окрашены более современным содержанием. Во время революции 1870 г. французские психиатры описывали особый психоз *folie patriotique*, содержание которого черпалось из волнующих политических мотивов того времени. Периодам империалистической войны, Октябрьской революции, гражданской войны, годам разрухи соответствуют свои особенности в содержании бреда. Следует отметить, что на смену бредовым идеям преимущественно астенического, депрессивного характера, типичным для периода голода и застоя экономической жизни, в связи с общим налаживанием жизни в стране пришли бредовые идеи улучшения, усовершенствования; в частности общему стремлению устроить жизнь по-новому, придумать что-нибудь для ее улучшения в смысле каких-нибудь технических усовершенствований соответствует и более частое, чем прежде, направление больной мысли тоже в сторону открытий и изобретений. Но помимо соответствия содержания бреда эпохе можно говорить еще об одной тенденции несколько иного свойства. Некоторые психиатры, изучая сущность шизофрении, обращают внимание, что психике таких больных свойственна известная архаичность, преобладание в общей структуре психоза более примитивных и более старых в филогенетическом отношении элементов и установок. Можно считать, что это относится не к одной шизофрении, в особенности если иметь в виду не психоз в целом, а бредовые концепции, отчасти и галлюцинации. В своих бредовых переживаниях, равно как и в сновидениях, с которыми в построении бреда имеется известное сходство, человек более примитивен и более похож на своих отдаленных предков. Например бред превращения в животных для нас представляется странным и нелепым. Но он становится более понятным, если учесть, что в психике пациента вслед-

ственные болезни произошли сдвиги, благодаря которым она приближается к тому, что наблюдалось в давно прошедшие времена, и что теперь можно встретить у некоторых дикарей. На заре своего исторического развития человек был ближе к миру животных и был убежден в своем близком родстве с ними. С другой стороны, современные борреро, по словам Леви Брюля, утверждают, что они—арара (род попугая); нечто аналогичное наблюдается у других дикарей, для которых то или другое животное является тотемом. представляют нечто вроде божественного существа или по крайней мере фетиша. Вместе с душевной болезнью часто обнаруживается подчеркнутая религиозность даже там, где ее раньше не было.

Вера в нечистую силу, различного рода духов, домовых, свойственная первобытной психике и вытесняемая все больше у современных поколений, воскресает в бредовых и галлюцинаторных переживаниях. Больные, никогда не верившие в бесовскую силу, видят чертей и продуцируют идеи одержимости. Подобно своему отдаленному предку, населявшему весь окружающий мир какими-то особыми существами, лешими, русалками, гномами, троллями, душевнобольной видит кругом какие-то живые фантастические существа. Так одна больная, страдавшая галлюцинациями и бредовыми идеями, думала, что ее мысли и желания как-то отделились от нее и стали самостоятельными существами, названными ею «желаньями». Другой наш пациент с затяжным алкогольным психозом имел многочисленные слуховые галлюцинации, с которыми в значительной мере свыкся; мало-помалу он пришел к убеждению, что эти галлюцинации существуют совершенно независимо от того, кто их слышит; убеждая врачей, что он совершенно здоров, больной уверял, что если он и слышит голоса, то это ничего не доказывает, так как это чужие голоса, приставшие к нему от других больных. Как увидим дальше, тенденция возвращения к более первобытной психике в душевной болезни свойственна и другими переживаниям, в особенности эмоциям и двигательным, защитным реакциям.

Бредовые идеи представляют большое разнообразие не только по своему содержанию, но и в смысле своего построения, стойкости и той роли, которую они играют в психической жизни больного. В очень многих случаях бред носит отрывочный характер; бредовые идеи единичны или во всяком случае немногочисленны и разрозненны; иногда они исчезают вскоре после своего возникновения, иногда же держатся стойко на всем протяжении болезни. Бредовые идеи особенно часто оказываются нестойкими в начале развития психоза, когда происходит борьба между действием моментов, с которыми связан бред, и сохранившимся интеллектом; бредовые идеи при этом то появляются то исчезают, вновь появляются в той же форме, и так много раз. В таких случаях говорят об **осциллирующих подвижных бредовых идеях**.

Иногда бредовые идеи, будучи очень многочисленны, имеют тенденцию складываться в одну систему, в центре которой находится какая-нибудь одна объединяющая мысль. Такая бредовая система постепенно усложняется, дополняется новыми подробностями и в результате может получить большую сложность, стройность, сохраняя известное единство. Такую форму бред носит при паранойе, параноидной форме шизофрении, и самое название параноидальный бред означает именно такие более развитые и сложные концепции. Большей частью бредовые идеи носят и в смысле содержания один какой-нибудь характер, например преследования или величия, но различные формы из астенической группы, объединяемые общим пониженным фоном настроения, часто комбинируются друг с другом. Возможны сочетания бреда преследования и величия. Это наблюдается или в случае более сложного бреда, например при упомянутых заболеваниях, когда

мысли о преследовании и идеи величия находятся в известной организационной связи, или при заболеваниях с характером слабоумия, когда в сознании могут одновременно уживаться самые различные и казалось бы даже несовместимые представления. Основной характер бреда может значительно измениться в течение болезни по мере ее развития, иногда в связи с какими-нибудь внешними моментами. Говорят о трансформации бреда, когда долгое время существовавшая система бреда преследования меняет свой характер вследствие появления идей величия, которые мало-помалу занимают доминирующее положение.

В смысле своего построения бредовые идеи представляют и другие отличия, обусловливаемые главным образом состоянием интеллекта. Иногда они хотя и не соответствуют действительному положению дела, по существу не относятся к чему-то вообще невозможному. Например бредовые идеи величия могут сводиться только к очень большой переоценке больным своих способностей и возможностей; больные много говорят о своих талантах, красоте, очень больших заработках. На самом деле ничего этого может не быть, но чего-либо нелепого по существу в утверждениях больного не имеется. Но иногда несоответствие с действительностью очевидно, резко бросается в глаза, и нелепость ясна из самого содержания бреда. Такой нелепый, абсурдный бред чаще всего бывает при параличе помешанных, старческих психозах и вообще при заболеваниях, сопровождающихся более или менее резким слабоумием. Например паралитики часто говорят о бриллиантовых глазах, о своем мочевом пузыре из чистого золота, о своей силе, благодаря которой они одним пальцем могут приподнять весь земной шар; одна наша больная говорила, что нос ее так велик, что на нем недавно кавалерия производила маневры.

В отличие от иллюзий и галлюцинаций бредовые идеи представляют несомненный признак душевного расстройства. Самое констатирование психоза в том или другом случае большей частью сводится к выяснению, являются ли определенные утверждения бредовыми или не расходятся с действительностью. В этом нет ничего удивительного, так как по своему существу бред intimately связан с самыми существенными сторонами психики и возможен только при болезненном сдвиге в психических механизмах. Но все же роль бредовых идей в общем течении психических процессов и во влиянии на поведение не всегда бывает одинакова. Иногда бредовые мысли как-то изолированы от остального содержания психики, мимолетны, высказываются вскользь и мало или совсем не отражаются на поведении. Это может иметь место в начале болезни, когда бредовые идеи еще не вполне сформировались, но главным образом в тех случаях, когда вследствие уже наступившего распада психики или особенностей самого заболевания в личности нет единства и цельности. Но большей частью бредовые идеи занимают в психике очень видное и даже центральное место, отражаясь на всем поведении. В связи с этим стоит вопрос о большей или меньшей готовности, с которой больные высказывают свой бред, и о легкости его констатирования. В части случаев больные говорят о своих бредовых переживаниях без всякой задержки, иногда даже по собственному почину, не дожидаясь соответствующих вопросов. В особенности это относится

к бр
заде
и др
вели
это б
щий
боль
прес
ющи
шое
ната
Чем
кон
тем
боль
отно
кого
овла
в пе
года
нача
носи
боле
начи
пре
роль

ния
засл
нием
повы
не то
его
нате
объя
вае
пони
эксп
стро
щих
общ
выде
изме
инте
лект
говь
даже
бред
ассо
ная
ство
осно
возн

зан
наст

ощущений. На процессы восприятия окружающего влияют не только общее самочувствие, но и различные неприятные, соматические ощущения. Это постоянно находит себе отражение в патологии. В случае заболеваний, характеризующихся резкими расстройствами обмена и вегетативными расстройствами, дающими изменения в общем чувствовании, очень часты стоящие в связи с этим своеобразные бредовые идеи преследования; в особенности это относится к шизофрении и эпидемическому энцефалиту. Психиатрическая клиника II ММИ говорит в таких случаях о к а т е с т е з и ч е с к о м б р е д о о б р а з о в а н и и, т. е. бреде, развивающемся на почве измененных органических ощущений. Яркий случай с таким бредом, периодически возвращавшимся в виде отдельных вспышек, каждая из которых начиналась с ухудшения общего самочувствия больного с эпидемическим энцефалитом, описан д-ром Р. С. Повицкой.

Восприятие окружающего мира с бесчисленными действующими на органы чувств впечатлениями и в нормальном состоянии не является просто фотографическим отображением, а в значительной мере есть процесс творчества.

Это зависит от активности психики, которая стремится изменить мир в соответствии со своими желаниями. Еще Бэкон сказал, что человеческий ум не принимает познания вещей с точностью, но примешивает к нему свои страсти и волю, вследствие чего знание получается по его вкусу, ибо человек с наибольшей готовностью принимает ту истину, которая для него желательна. Действительно повседневные наблюдения и точно поставленные эксперименты говорят о том, что восприятие одного и того же явления у различных лиц как правило никогда не бывает одинаково. На оценку различными очевидцами одного и того же происшествия влияет субъективное отношение к нему, то или другое настроение, особенности общего мирозерцания, не говоря уже о личной заинтересованности. Это имеет еще большее значение, когда для оценки какого-нибудь явления приходится пользоваться воспоминаниями. Чем больше прошло времени после наблюдения какого-нибудь явления, тем неотчетливее вообще оно становится и тем больше забываются отдельные подробности. Этот процесс забывания отдельных признаков, частных и даже крупных фактов происходит не в случайном, а в определенном порядке, именно в зависимости от того или другого эмоционального к ним отношения. При болезненных сдвигах настроения, сильной тоскливости, аффекте страха это несоответствие получающихся представлений с действительностью может быть особенно сильно и дать результат неправильную оценку отдельных сторон или всего явления в целом.

Все это однако само по себе не объясняет происхождения бредовых идей, а говорит только, что участие эмоциональности, личного отношения играет большую роль для возникновения односторонних и ошибочных суждений и в нормальном состоянии. Бредовые идеи получаются, если к действию вышеуказанных моментов присоединяются другие; из них в некоторых случаях приходится считаться с ослаблением интеллекта, психической слабостью в широком смысле. Роль последней видна из того, что при наличии врожденного слабоумия сравнительно легко перенимаются от других больных бредовые мысли и, не встречая должного критического отношения, становятся прочным достоянием имбецильной психики. За то же говорят случаи так называемого р е з и д у а л ь н о г о б р е д а, в особенности те случаи, когда болезненные расстройства стоят в связи с перенесенной инфекцией. Возникнув в остром периоде болезни из галлюцинаторных переживаний, они сохраняются в качестве остаточных, резидуальных некоторое время и после падения температуры и прекращения собственно делириозных явлений. Сохранение их имеет место именно благодаря тому, что временное состояние психической слабости с ослаблением критики не дает возможности быстро разобраться в переживаниях и скорректировать то, что в содержании сознания не имеет более для себя никаких оснований. В качестве примера можно указать на одного пациента, бывшего под нашим наблюдением, у которого вместе с другими явлениями психической слабости, развившейся после сыпного тифа, в течение некоторого времени наблюдалось бредовое утверждение, что его мать умерла от чумы. Возникновение этой бредовой идеи не имело для себя никакого повода и должно рассматриваться как остаток переживаний острых явлений болезни.

О
думат
б р е
и в др
ярким
некот
и в та
зывает
ции;
свои
теми
они н
часто
ратур
Особу
когда
близк
с одн
взаим

Р
из то
созна
сопро
ческом

В
в собс
с кач
при п
бредом
водят
но все
в сам
и несп
ракт
зависи
именн
стройс
идей и
их кан
функц
ных м

С
чивост
ний. М
стоящ
ному
и Май
режив
дожд
ваются
и в ка
когда
вниман
ности
в впол
Бредов
ных ус
бредов
близко
вы ми
или ве
в собс
бильны

О значении слабости интеллекта, хотя бы и относительной, заставляют думать также и случаи так называемого индуцированного бреда, представляющие большой интерес для ознакомления с бредом и в других отношениях. Бывают случаи, когда душевнобольной, страдающий ярким бредом величия или преследования, как бы заражает своим бредом некоторых из окружающих, которые начинают высказывать тот же бред и в такой же форме. Здесь имеет значение убежденность, с которой высказывается иногда бред душевнобольными, их вера в свои бредовые концепции; импонирует также фанатизм, с которым они обычно проводят в жизнь свои убеждения. Но как оказывается, воспринимается бред главным образом теми из окружающих, которые стоят особенно близко к больному, и если они не являются слабоумными и ограниченными людьми, что бывает очень часто, то значительно уступают больному в умственном отношении. Литературный пример бреда такого рода можно видеть в «Палате № 6» Чехова. Особую форму индуцированного бреда представляет *folie à deux*, случаи, когда бред одновременно и в той же форме развивается у двух обычно очень близких людей. Помимо общности условий жизни и общности переживаний с одними и теми же волнующими моментами здесь главную роль играет взаимная индукция.

Роль расстроенного интеллекта в генезе бредовых идей видна также из того, что если речь не идет о состоянии, сопровождаемом затемнением сознания, то бредовые идеи наблюдаются главным образом при психозах, сопровождаемых слабоумием, например при прогрессивном параличе, старческом слабоумии.

В других случаях приходится считаться не с ослаблением интеллекта в собственном смысле, а с сдвигами во всем психическом функционировании, с качественным изменением его, с характером кривой логики. Например при паранойе, характеризующейся как раз особенно развитым и стойким бредом, не наблюдается слабоумия в обычном смысле; такие больные производят впечатление людей здравомыслящих и могут вести даже сложные дела, но все же при ближайшем анализе оказывается, что у них имеются дефекты в самых основах мышления, допущение неверных в корне предпосылок и неспособность делать правильные выводы. При шизофрении, хотя она характеризуется тенденцией к ослаблению интеллекта, бред развивается вне зависимости от последнего. Первичным по мнению Груле здесь является именно бред, знание, уверенность больного, причем не играют роли ни расстройства восприятия, ни слабость суждения. В общем в генезе бредовых идей играют роль интеллектуальный и эмоциональный моменты. Развитие их как непереносимое условие предполагает расстройство интеллектуального функционирования, какими они и являются, но этот сдвиг уже в расстроенных механизмах выявляется под давлением чувства.

С этой точки зрения легко понять, что наличие эмоциональной неустойчивости в большой степени может способствовать развитию бредовых явлений. Мы видели, что так называемые сверхценные идеи, довольно близко стоящие к бреду, получают особенное значение именно благодаря связанному с ними эмоциональному акценту. По предположению Блейлера и Майера из таких идей, как патологические реакции на волнующие переживания, может развиваться особенный к а т а т и м и ч е с к и й бред (от *дрос*—чувство). Кречмер указал, что бредовые идеи особенно легко развиваются у лиц с особенно чувствительной, сенситивной эмоциональной сферой, и в качестве с е н с и т и в н о г о б р е д а описывает особые состояния, когда у лиц с болезненной чувствительностью вследствие концентрации внимания на болезненном переживании при неуверенности в себе и склонности к самообвинению зарождаются идеи отношения, формирующиеся в вполне выраженные бредовые концепции с характером преследования. Бредовые идеи в этом случае носят реактивный характер и при благоприятных условиях могут сгладиться без остатка. О роли чувства в развитии бредовых состояний до известной степени дают возможность судить особые, близко стоящие к бреду состояния, названные Бирнбаумом бредовыми воображениями дегенерантов. Это идеи преследования или величия, развивающиеся не у слабоумных и не у душевнобольных в собственном смысле, а у психопатов; они не фиксируются прочно, а лабильны и как бы поверхностны, зависят притом от внешних моментов;

в них реализуются затаенные желания и страхи. Близко к ним стоят так называемые патологические внезапные мысли Бонгеффера.

Ближайшие механизмы развития бреда не всегда бывают одинаковы. Ясперс отличает бредовые идеи (*wahnhafte Ideen*) и настоящий бред в собственном смысле. В первую группу он относит бредовые идеи, возникновение которых психологически можно вывести из аффекта, из других переживаний, например из галлюцинаций, при наличии расстроенного сознания. Вторая группа включает бредовые идеи, не сводимые к чему-либо. В том же смысле Груле говорит о вторичных и первичных бредовых идеях, Геденберг (*Hedenberg*)—о синтетически аффективном и шизофренном бредообразовании. Французские психиатры отличают особый галлюцинаторный бред, но нужно иметь в виду, что галлюцинации, равно как и различные болезненные ощущения, не ведут сами по себе к бреду, а могут дать только материал для его построения. Бред может развиваться без всякого участия галлюцинаций, что видно из тех случаев, когда в течение всей болезни галлюцинации совершенно отсутствовали. Галлюцинации и псевдогаллюцинации могут определить собой характер бреда и дать материал для развития бреда физического воздействия (бред влияния—французов). Более всего имеет значение неправильное толкование действительно имевших место фактов. Французские психиатры в качестве особых форм говорят о бреде толкования и бреде воображения.

В общем бредообразование есть несомненно творческий процесс, для результатов которого большое значение имеют сохранность интеллекта, его приращенная одаренность и активность. Имеются аналогии как в смысле построения, так и содержания между бредом и сновидениями. Французские психиатры выделяют в качестве особой формы сноподобный бред (*delire onirique*). Повидимому, нет принципиальной разницы между творчеством душевнобольного и творчеством нормального и даже одаренного человека. Если появление необычных мыслей у ученого или поэта и отличается от бреда душевнобольных, то не субъективным способом переживания и не механизмами развития. Творчество душевнобольных потому в большинстве случаев не имеет никакой ценности, что носит на себе яркую печать болезни и деградирования интеллекта. Если деградирования и нет в сколько-нибудь резкой форме, то все же болезнь не дает возможности довести работу до конца и сделать все последние выводы. В некоторых, правда не частых, случаях на почве болезни, главным образом шизофрении, паранойи, могут возникнуть создания высокой ценности (произведения художника ван Гога, писателя Стриндберга). Обостренная благодаря болезни способность восприятия и самая односторонность мышления, склонность к болезненным преувеличениям могут позволить лучше видеть отдельные стороны явлений, действительно существующие, но при обычных условиях тонущие и ускользающие в массе других.

Навязчивые идеи и навязчивые состояния

Нормальное течение представлений может быть нарушено вторжением в сознание таких идей, которые, не будучи значительны по своему содержанию, всецело овладевают направлением мыслей и настойчиво возвращаются несмотря на все усилия освободиться от них, при ясном сознании их ненужности и бессмысленности; при этом все переживание сопровождается субъективными чувством стеснения, несвободы.

Такие идеи с давнего времени называются **навязчивыми**. Их коренное отличие от бреда заключается в сознании самим больным их нелепости, необоснованности и болезненном, насильственном происхождении; бредовые же идеи высказываются с полной убежденностью в их истинности, причем не допускается и тени сомнения. О критическом отношении к бредовым идеям не может быть речи. Больные относятся к ним, как к чему-то непреложному, и в них находят главные побудительные причины для своих действий. Навязчивые идеи

доступны критике больного, который считает их чем-то ненормальным, всеми силами старается вытеснить, стать независимым от них в своем поведении и если все-таки следует иногда за ними, то после известной, иногда упорной борьбы. От бреда они отличаются и своим содержанием, которое не только не связано со всем содержанием сознания, но и в значительной степени ему чуждо. От доминирующих и сверхценных идей навязчивые идеи отличаются отсутствием значительности своего содержания; там идеи потому и получают свое значение для больного, что особенно сильно затрагивают его эмоциональную сферу и самые интимные стороны психики, а здесь—содержание идей не играет особой роли. Как видно из того немногого, что уже сказано, рассматриваемое расстройство затрагивает не только идеарные процессы, но касается также эмоциональной стороны, отражается и на поведении. Навязчивая идея обыкновенно является в то же время и навязчивым страхом и непреодолимым стремлением сделать что-нибудь, т. е. навязчивым влечением. В отдельных случаях преобладает то одна то другая сторона, но всегда это расстройство более общего характера, почему и более принято говорить о навязчивых состояниях.

Первые указания на расстройства этого рода можно найти у старых французских психиатров, описавших болезненное сомнение, навязчивое стремление думать о различных, не имеющих значения предметах (*Grübelsucht*), навязчивый страх прикосновения (*folie du toucher*). Термин навязчивые представления (*Zwangsvorstellung*) принадлежит Крафт-Эббингу. В русской литературе он впервые был применен И. М. Балинским.

Содержание навязчивых идей, не имея, как видно из сказанного, очень большого значения, может быть очень разнообразным, иногда совершенно случайным. Какая-нибудь мысль, пословица, отдельное слово, мелодия застревают в сознании несмотря на все усилия освободиться от них. Иногда это—обрывки стихотворений, рифмующиеся между собой слова, какие-нибудь цифры. Говорят также о навязчивых галлюцинациях, навязчиво возвращающихся галлюцинаторных образах. Одного пациента преследовали образы повешенных девушек, которых он постоянно зарисовывал, составив громадную коллекцию таких рисунков (рис. 4). Особый вид представляют навязчивые мысли непристойного содержания и так называемые *хульные мысли*, когда верующий человек не может освободиться от каких-нибудь представлений, не совместимых с достоинством божества.

Что касается навязчивых страхов и в особенности стремлений, поскольку возможных двигательных реакций вообще гораздо меньше, чем представлений, определяющих конечные двигательные разряды, то они не так многообразны и могут быть сведены к различным типам. Очень часто встречается навязчивый страх покраснения (*эрейтофобия*), описанный Питром, Режи и Бехтеревым. Больные все время испытывают мучительный страх, что они без всякой причины покраснеют и тем поставят себя в неловкое положение. Обычно речь идет о нервных, впечатлительных людях, наклонных к вазомоторным реакциям, у которых прилив крови к лицу происходит вообще очень легко. Такие люди вообще конфузливы,



Рис. 4. Навязчивые образы повешенных, зарисованные больным.

быть у артистов перед выходом на эстраду; в резко выраженных случаях навязчивого страха талантливый, имеющий уже известное имя пианист или драматический артист, оратор, для которого эстрада и трибуна более привычны, чем что-нибудь другое, должны совсем отказаться от публичных выступлений.

Очень мучителен бывает навязчивый страх смерти, от которого больные никак не могут освободиться несмотря на ясное сознание, что они не страдают никакими болезнями, могущими вызвать внезапную смерть. Чаще всего бывает страх смерти от внезапной

легко теряются. Страх покраснеть особенно беспокоит в присутствии других, не говоря уже о большом обществе. Он нередко бывает связан с боязнью чужого взгляда; больным кажется, что они являются центром всеобщего внимания, что все на них смотрит, и боязнь покраснеть особенно усиливается, когда они встречаются с кем-нибудь глазами.

Иногда навязчивый страх соединяется с пребыванием на площадях, открытых местах (агорафобия). Обычно это бывает связано со страхом, что с больным что-то случится и он не сможет во-время найти помощь. Иногда беспокоит страх, что на больного может упасть вывеска или что-нибудь тяжелое или что он попадет под экипаж при переходе улицы. Аналогичный навязчивый страх может появиться по отношению к закрытым пространствам, большим помещениям, переполненным людьми, так что трудно будет спастись в случае пожара (клаустрофобия), к высоким местам, балконам, с которых можно упасть, и. т. п.

В некоторых случаях навязчивый страх связан с выполнением какой-нибудь работы профессионального характера. У молодых людей перед разного рода экзаменами иногда появляется навязчивый страх, что они все спутают, забудут и окажутся не в состоянии сказать хотя бы одно слово. Такие же переживания могут

остановки сердца. Таким же навязчивым может быть страх какой-нибудь болезни, чаще всего сифилиса.

Иногда больной переживает навязчивый страх, что он может получить подобную же болезнь, не испытывая собственно в данное время страха какого-нибудь определенного содержания (ф о б о - ф о б и я).

Что касается навязчивых стремлений, то на первом месте следует поставить болезненное мудрствование и болезненное сомнение.

Болезненное мудрствование довольно часто встречается и бывает для больных очень мучительно; элементы, свойственные ему как таковому, могут комбинироваться с другими влечениями. Больные целиком во власти своих сомнений, охвачены потребностью, которой они не могут противостоять, много раздумывать по самым незначительным поводам. Всякое новое явление, появление нового лица, возникновение какой-нибудь мысли, чье-либо замечание дает повод к бесконечному и совершенно ненужному раздумыванию; при folie du doute больные во власти бесчисленных сомнений по поводу того, что относится к ним лично. Они полны нерешительности и постоянно должны раздумывать, не сделали ли они каких-нибудь ошибок, не могут ли они потерять каких-нибудь важных документов, нет ли в карманах их костюмов дыр или мест, которые могут легко прорваться, и они теряют таким образом деньги, важные бумаги; чтобы себя успокоить, они тщательно осматривают свои костюмы и пробуют прочность карманов; не будучи уверены в себе, они призывают на помощь своих близких и вместе с ними снова помногу раз проделывают ту же кропотливую работу. Неуверенность иногда распространяется на то, что они читают; больных постоянно берут сомнения, верно ли они прочитали и так ли поняли то или другое место в книге или газете; поэтому им приходится подолгу останавливаться на одной и той же странице, вдумываться в каждое слово. Сомнения беспокоят их и относительно того, что они могли не понять какого-нибудь важного места в газете, касающегося их лично, и не произойдет ли от этого каких-нибудь последствий. Такая же неуверенность относится и к содержанию беседы, которую они ведут с кем-либо, в особенности если она носит деловой характер. Они должны помногу раз переспрашивать, стремясь возможно более точно формулировать вопрос, чтобы не было никаких недоразумений. Они в конце концов начинают сомневаться во всем, не уверены в своем имени и в своих близких. Один пациент, страдавший сомнениями этого рода, 3 года лечился у одного и того же психиатра и в конце этого периода, придя к нему на прием другой дорогой, а не обычной, стал сомневаться, не попал ли он к другому врачу с такой же фамилией и именем, и чтобы успокоить себя просил врача три раза назвать себя, и три раза подтвердить, что пациент лечится именно у него. Довольно частое явление — неуверенность, заперли ли больные свой письменный стол, шкаф с деловыми бумагами, свою квартиру. Им нужно помногу раз проверять себя, по несколько раз возвращаться в свою квартиру. Иногда такие больные испытывают непреодолимое стремление пересчитывать все предметы, какие попадаются на глаза, без всякой надобности считать окна в комнате, стекла в них, людей, находящихся в комнате, или прохожих на улице (а р и т м о м а н и я). Иногда испытывается навязчивое

стремление припоминать имена всех лиц, виденных когда-либо (о н о м а т о м а н и я). В некоторых случаях имеется главным образом одно какое-нибудь навязчивое влечение, но выраженное очень резко и потому не встречающее особенно активного сопротивления со стороны больного. Сюда относятся главным образом к л е п т о м а н и я и п и р о м а н и я.

В первом случае наблюдается неудержимое влечение присваивать и даже прямо красть предметы не для пользования ими или вообще извлечения какой-либо материальной выгоды, а исключительно для самого процесса воровства; крадутся вещи совершенно не нужные больному или вообще не имеющие никакой цены. Если речь идет о деньгах, то они также не используются самим больным, а раздаются другим или кладутся куда-нибудь без особенных забот об их сохранности. Больные сознают ненормальный характер своего влечения и тяготятся им. При пиромании предметом навязчивых влечений является устройство поджогов разного рода. При этом устраиваются или небольшие комнатные пожары или гораздо более значительные, например пожар стога сена, амбара, жилого дома. При этом больные не преследуют конечно никакой выгоды и знают, что рискуют очень многим, но все же упорно выискивают случаи устроить поджог.

Главной побудительной причиной бывает отчасти самый волнующий и связанный с опасностью процесс поджигания, но большую роль играют эмоции, связанные с тем переполохом, который при этом поднимается, и сознание, что именно он, поджигатель, является главным действующим лицом. Не без влияния оказывается то обстоятельство, что вид огня, в особенности большого пожара, пробуждает нередко какие-то стихийные чувства; может быть в этом можно видеть тоже возвращение к более первобытной психике с ее поклонением стихиям, о котором мы говорили выше, как о чем-то свойственном до известной степени патологии. Реже встречаются другие ненормальные влечения, например портить вещи, разрезать без всякой нужды платя. Встречается неудержимое стремление громко произносить различные неприличные слова, циничную брань (к о п р о л а л и я). К области навязчивых стремлений нужно отнести некоторые явления, относящиеся к половым извращениям, о которых речь будет ниже, например стремление обнажать в присутствии других свои половые органы (э к с х и б и ц и о н и з м). Элементы навязчивости лежат в основе некоторых видов коллекционерства, выражающемся не в собирании картин или вообще каких-нибудь художественных произведений, а предметов, имеющих лишь субъективную ценность для коллекционера, например испорченных зажигалок или обожженных спичек.

Навязчивые состояния, очень разнообразные по внешним проявлениям и интенсивности, не представляют признака, указывающего непременно на душевное расстройство. Можно сказать даже, что они встречаются главным образом не у душевнобольных в собственном смысле, а у психопатов и невротиков, не страдающих формальным душевным расстройством. В легкой форме они нередкое явление у людей, не являющихся вообще больными. Всякий испытал на себе состояние, когда сосредоточиться на чем-нибудь важном мешает какая-нибудь не идущая к делу мысль, настойчиво возвращающаяся в со-

знание, какая-нибудь мелодия, обрывки песни. В особенности это бывает у людей робких, конфузливых, иногда это может быть явлением, свойственным переходному возрасту, как можно видеть на примере Николеньки из «Детства и отрочества» Толстого. Общеизвестны навязчивые страхи особого рода у студентов, приступающих к изучению частной патологии. Появлению навязчивых состояний могут способствовать состояния нервного возбуждения, усталости, временного понижения самочувствия, а также некоторые биологические изменения, производящие временный сдвиг в течении психических процессов, например клептоманические и пироманические склонности проявляются нередко во время беременности у женщин, не обнаруживающих обычно каких-нибудь нервных явлений.

Различные, чрезвычайно часто вообще встречающиеся, невротические расстройства представляют наиболее благодарную область для изучения явлений навязчивости. Иногда они вкраплены в общую картину вместе с другими симптомами, иногда же исчерпывают собой всю симптоматику. Развитию болезненных явлений очень способствует наличие особых свойств характера, нерешительность, вялость, несколько пониженное самочувствие. Естественно поэтому, что навязчивые явления особенно часты при психастении, которая характеризуется именно этими особенностями. Таким же предрасполагающим условием является тоскливое настроение, почему навязчивые состояния нередки у депрессивных больных. Они встречаются также при различных психозах, в том числе органического характера, главным образом там, где налицо также и эмоциональные расстройства, чаще всего депрессивный фон. Они могут существовать одновременно с бредовыми идеями, но главным образом констатируются в более начальных стадиях заболеваний, уступая в позднейших периодах место бредовым идеям. Очень часто навязчивые идеи встречаются в начальных стадиях шизофрении, особенно в мягко и вяло протекающих случаях. Здесь в особенно ясной форме можно видеть образование бредовых идей из переживаний, которые в начале болезни импонировали как навязчивые. Впрочем при шизофрении те и другие долгое время могут существовать одновременно. Навязчивые идеи ревности (помимо собственно бредовых мыслей того же содержания) и хульные мысли бывают у алкоголиков.

По вопросу о механизме развития навязчивых состояний не все может считаться выясненным в достаточной мере. Французские психопатологи и главным образом Жане развивали мысль о первичной слабости интеллекта как о наиболее существенном моменте. Предполагалось, пациент не может справиться со своими навязчивыми мыслями и страхами, потому что ему нехватает способности логически рассуждать и делать верные выводы из несомненных предпосылок. Господствующая теперь точка зрения самую существенную роль приписывает однако эмоциональным факторам, различным психогенным моментам.

По Фрейду навязчивые состояния имеют отношение к сексуальной жизни. Не отрицая того, что это действительно иногда имеет место, с полной определенностью можно сказать, что сильно выраженные эмоции, связанные с какими-либо переживаниями независимо от их содержания, могут быть причиной застревания в сознании некоторых идей, становящихся навязчивыми. В других случаях, в особенности при психастении, больше всего в генезе приходится придавать значение основному психическому фону. Это вполне гармонирует с тем клиническим фактом, что содержание навязчивых мыслей может меняться; на смену одних мыслей вновь появляются другие вне всякой зависимости от каких-либо переживаний, так как основная почва для них остается та же. Но генез навязчивых состояний не при всех перечисленных заболеваниях один и тот же. Он всегда

очень сложен и может быть выяснен только в связи с анализом всей клинической картины в каждом отдельном случае.

Навязчивые состояния—всегда сложное явление, включающее в себе различные элементы; деление собственно на навязчивые идеи, фобии и навязчивые влечения, которого мы держались, имеет *raison d'être* только в удобствах описания. Чрезвычайно существенно при этом, что явления, относящиеся к различным областям, находятся вместе не в механической смеси, а представляют одно цельное болезненное состояние. Как всегда, идея обладает и здесь большей или меньшей действенной силой, стремясь вылиться в соответствующих двигательных актах. Здесь стремление к реализации бывает так сильно, что ощущается и субъективно в качестве чего-то насильственного, толкающего волю в определенном направлении. Но здесь сильно также и внутреннее торможение, затрудняющее или даже делающее совершенно невозможным конечное двигательное завершение рефлекторного акта. Как и в других случаях, идеарные процессы окрашены ■ большей или меньшей степени эмоциональностью, причем здесь она играет особенно большую роль и может быть даже бо́льшую, чем при возникновении бредовых идей.

Расстройства внимания, памяти, течения представлений, слабоумие

Большую роль в патологии играют р а с с т р о й с т в а в н и м а н и я, которые имеют значение не только сами по себе, но от них зависят в значительной мере и другие нарушения со стороны интеллекта. Особенно часто страдает а к т и в н о е в н и м а н и е. Больные оказываются не в состоянии сколько-нибудь длительно напрягать свое внимание; они рассеянны, должны часто отдыхать, благодаря чему с трудом могут что-нибудь усвоить или вообще выполнить работу, требующую умственного напряжения. Такая неспособность сосредоточивать внимание свойственна не только собственно душевнобольным, но также многим нервнобольным, например невротикам. Особенную патологическую форму расстройства внимания, характерную для некоторых форм возбуждения, главным образом для больных в маниакальной стадии маниакально-депрессивного психоза, представляет о т в л е к а е м о с т ь. При этом внимание ■ каждый данный момент очень интенсивно, до известной степени усилено. Больные очень наблюдательны и быстро замечают все, даже незначительные перемены в окружающем; но внимание может удерживаться на каждом объекте только очень короткое время и тотчас отвлекается в сторону новых впечатлений. Каждый новый вопрос, замечание, сказанное кем-либо из окружающих совсем не по адресу больного, или даже отдельное слово, каждое вновь появившееся лицо или случайный шум на улице заставляют больного забыть то, чем было занято внимание, и направляют его в другую сторону. Пассивное внимание расстраивается не всегда параллельно активному; в некоторых случаях при крайне слабом активном внимании оно может быть вполне на высоте. Больные с шизофренией например обычно не обращают на окружающих никакого внимания, не отвечают на вопросы и вообще не реагируют на окружающее и иногда кажутся даже находящимися в состоянии затемнения сознания, но потом обычно оказывается, что все происходившее не прошло мимо их внимания, причем ими были подмечены некоторые мало заметные явления и совсем не бросающиеся в глаза детали.

В течении представлений могут быть отклонения и количественного характера — нарушение темпа — и качественного, т. е. изменение в порядке сочетания идей.

Что касается быстроты течения и смены представлений, то она и в норме подвержена большим колебаниям. Большую роль играет индивидуальность, темперамент; у живых, активных людей представления текут значительно быстрее, чем у субъектов апатичных, так что справедливо замечание одного психолога, что первые успевают прожить 2—3 жизни, тогда как последние не успевают полностью изжить и одной. Течение представлений в болезненном состоянии может быть не только ускорено, но и более продуктивно. Случаи очень большого ускорения течения представлений носят особое название скачки мыслей, или *fuga idearum*. При этом ускорение может быть так велико, что больной не успевает высказывать все теснящиеся в сознании представления и произносит только обрывки фраз или отдельные слова. В такой речи, носящей характер скачки мыслей, обращает на себя внимание отсутствие или во всяком случае очень малое количество повторений, перечисления предметов одного и того же порядка. Мышление, соответствующее такой скачущей речи, не может считаться очень глубоким, оно скорее несколько поверхностно, характеризуется большой отвлекаемостью в сторону случайных, побочных ассоциаций, причем часто применяются пословицы и разные ходячие обороты речи, но все же оно очень интенсивно, разнообразно по содержанию и форме продуцируемых образов.

Замедление течения представляет еще более частое явление, чем его ускорение, и нередко бывает выражено в такой резкой степени, что патологический характер его не внушает сомнений. Чаще всего встречается сравнительно нерезкое замедление, которому соответствует и медленная речь и бедность мимики и движений. Так бывает вообще при состояниях тоскливости, например при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза. Как общее правило можно указать, что степень замедления идет параллельно с тяжестью депрессии. В тяжелых случаях меланхолического состояния дело может дойти почти до полной остановки процессов интеллектуального функционирования. Этому соответствует и тихая, еле слышная, очень замедленная речь, причем ответы даются не сразу, и чувствуется, что больной должен предварительно преодолеть более или менее значительное сопротивление. Как можно выяснить впоследствии, когда такие больные приходят в состояние выздоровления, в течение этих периодов мысли необычайно медленно сменяют одна другую и долгое время в сознании теснятся одно-два представления. Полной остановки течения представлений однако не наблюдается, и при настойчивых вопросах от больного всегда можно получить хотя и односложный, но сознательный ответ. При этом всякие процессы интеллектуального функционирования сопровождаются тяжелым субъективным чувством непреодолимых затруднений. Более или менее выраженное, хотя большей частью и не особенно резкое, замедление может наблюдаться при заболеваниях органической группы, например артериосклерозе, старческом слабоумии. Представляя ту же картину в смысле темпа, замедление в этом случае носит все-таки несколько иной характер: оно как-то более неподвижно и в меньшей степени может быть преодолено собственными усилиями и побуждениями со стороны. В основе этого замедления лежат другие причины, именно изменение самих путей на почве органического процесса и худшие условия пи-

тания благодаря склеротическим изменениям в сосудах, а не только явления торможения. Вследствие того, что органические изменения, равно как и склероз сосудов, обычно бывают выражены не во всех отделах мозга одинаково, замедление в этих случаях не бывает равномерным, сопровождаясь иногда большими задержками и даже полными остановками. Увеличение затруднения, доходящее до полной остановки, может быть вызвано вазомоторными расстройствами, особенно сжатием сосудов, расстраивающим питание нервных элементов. Аналогичные остановки, также видимо стоящие в связи с органическими изменениями, но другого характера, наблюдаются иногда и без общего замедленного фона течения представлений. Именно у шизофреников могут быть внезапные остановки течения представлений, причем больной внезапно замолкает и может начать говорить снова только спустя некоторое время. Такие остановки не вызываются ни кратковременными затемнениями сознания, характеризующимися например *petit mal* или *absence эпилептиков*, ни галлюцинациями, ни какими-нибудь внешними причинами. Можно думать, что на пути передачи возбуждения возникает какое-то препятствие, которое все возрастает, пока не даст полной закупорки (*Sperrung*). С другой стороны, и возбуждение, встречая препятствие, все усиливается до тех пор, пока не будет в состоянии преодолеть последнее.

В некоторых случаях течение представлений характеризуется не столько медленностью, сколько особой тугостью, тягучестью, вязкостью. Мысли с трудом сменяют друг друга и склонны застревать на одной теме, причем особенно затруднен переход из одного круга представлений в другой. Соответственно этому также тягуча и речь; она изобилует излишними подробностями, чрезмерно обстоятельна и в то же время производит впечатление топтания на месте. Такого рода изменение течения представлений и речи свойственно эпилептикам.

В некоторых случаях на первый план выдвигаются изменения в порядке сочетания представлений между собой. Оно может идти быстрым темпом, даже быть несомненно ускорено, но при этом носит характер бессвязности. Отдельные представления не имеют между собой не только логической связи, но вообще как будто ничем не связаны; они ничем не объединены между собой и в общем представляют не отдельные части целого, направленного к определенной цели, а какие-то обрывки. При этом и речь носит такой же характер бессвязности, какой-то механической смеси, крошки из слов (*Wortsalat* — немецких авторов).

Иногда отдельные представления соединяются между собой как будто достаточно правильно, но эта правильность оказывается только формальной, и в фразах, составленных грамматически правильно, нет никакого смысла. Такого рода течение представлений характерно для шизофреников.

Расстройства памяти могут коснуться всех сторон этой способности и, будучи очень разнообразны, иногда представляют особенности, более или менее характерные для определенной картины болезни. В функции памяти отличают, как известно, способность запоминания, восприимчивости (*Merkfähigkeit*) новых впечатлений и способность воспроизведения. Способность более или менее точного удерживания

в памяти приобретений, обогащающих содержание сознания, носит название р е т е н ц и и. Все функциональные проявления памяти связаны с определенными физиологическими процессами в определенных системах нервных элементов. Способность запоминания может быть индивидуально различна, находясь в зависимости от большей или меньшей прочности следов, которые вызывают новые впечатления. Говорят о м е х а н и ч е с к о й п а м'я т и, способности запоминать тот или другой материал независимо от его содержания в силу чисто физических свойств соответствующих отделов нервной системы. Эта механическая память, также индивидуально различная, иногда может быть очень высока и не всегда совпадает с а с с о ц и а т и в н о й п а м'я т'ю, на результат работы которой имеет большое влияние связность материала, возможность вступить в те или другие ассоциативные связи с прежним достоянием памяти. На прочность следов и следовательно на большую или меньшую прочность памяти помимо природных свойств влияет очень много условий, знакомство с которыми чрезвычайно важно для понимания расстройств в этой области.

Прежде всего имеет значение большая или меньшая степень внимания, с которым воспринимается то или другое впечатление. Всякое психическое функционирование, будучи связано с тратой определенных веществ, требует для участвующих в работе отделов мозга достаточного питания. Это требование выполняется благодаря так называемой функциональной гиперемии, дающей возможность большего притока питательного материала к наиболее участвующим в данной работе частям мозга. При более внимательном отношении к процессу усвоения какого-нибудь материала увеличивается естественно и продолжительность так сказать его экспозиции перед воспринимающими аппаратами, что также отражается на прочности следов. Имеют значение также и условия питания мозга вообще у данного индивидуума в зависимости от общего состояния организма. Нарушение этого питания ведет к недостатку усвоения и более легкому стиранию из памяти усвоенного; это нередко дает повод к предположениям о тяжелых расстройствах памяти, указывающих может быть на начало душевной болезни. Так иногда бывает у учащихся, если они живут в плохих условиях, не дающих возможности в достаточной мере сосредоточиться, и слишком перегруженных разного рода работой, чтобы иметь возможность с должным вниманием отнестись к изучаемому материалу. Имеет громадное значение факт перегрузки различного рода впечатлениями и прежде всего обилие материала, который необходимо усвоить. Новые впечатления вообще вытесняют старые. Следы впечатлений, как бы ни были прочны, с течением времени все больше тускнеют. Соответственно этому происходит постепенное забывание воспринятых впечатлений, и все больше вытесняются из памяти уже усвоенные факты. Более прочно удерживаются те из них, которые имели возможность вступить в прочную связь с прежним достоянием памяти, что обычно бывает при многократном повторении одного и того же впечатления. В этом процессе забывания имеется известная закономерность, установленная еще Рибо, по которой скорее всего забывается то, что недавно запомнилось, и при усилении расстройства процесс забывания все больше идет от недавнего к давно прошедшему. Как мы

видели, к этому общему положению нужно сделать поправку в том смысле, что процесс забывания идет не механически только в порядке все увеличивающегося времени, а до известной степени избирательно — в зависимости от эмоциональных установок к отдельным фактам: большей частью забывается то, что хочется забыть, но иногда прочнее держатся в памяти как раз факты, связанные с тяжелыми и неприятными воспоминаниями. Естественно, что при таких условиях и в норме память нельзя считать ни совершенной ни точной; у каждого человека не только возможно легкое забывание новых впечатлений без всякого отношения к патологии, но возможны и ошибки памяти, граничащие с тем, что является уже болезнью. Восприятие впечатления не совершенно нового, а такого, какое уже имелось в прошлом, сопровождается особым чувством известности, субъективным убеждением в том, что это впечатление именно не ново. Говорят при этом о чувстве известности (*Bekanntheitsgefühl*), которое однако не может быть названо непогрешимым. Возможны такие случаи, когда человек, видя что-нибудь новое, вдруг получает убеждение, что он уже видел это (*déjà vu*), хотя в действительности этого не было. Бывает также, что, попадая в какую-нибудь новую ситуацию, человек начинает чувствовать, что все это было им когда-то пережито, но он не может вспомнить подробностей и когда именно это было. Большой частью такое ощущение продолжается очень короткое время. При этом переживание данного момента очень часто действительно теми или другими чертами напоминает прошлое, так что имеются основания говорить об иллюзии памяти; это не особенно редкое явление говорит о несовершенстве памяти и у людей вполне здоровых. Благодаря вытеснению большей части того, что в свое время было удержано в памяти, причем это вытеснение может быть избирательным, иногда встречается явление, носящее название криптомнезии. Узнав от других или вычитав из книг о каком-нибудь новом интересном явлении, остроумном сопоставлении или вообще о чем-нибудь носящем характер хотя бы маленького открытия, мы можем забыть как о нем самом, так и о его происхождении, но через некоторое время оно может всплыть в сознании по какому-нибудь поводу, но не как что-то полученное со стороны, а как нечто придуманное нами. Это явление может, если касается чего-либо заслуживающего большего внимания, быть источником споров о приоритете, разного рода недоразумений и обвинений в плагиате.

В патологических случаях, главным образом при маниакальном состоянии, возможно, хотя и наблюдается довольно редко, повышение способности памяти, гипермнезия.

Сюда относятся факты припоминания в болезни каких-нибудь событий раннего детства. Такие гипермнестические явления нередко имеют место во время сна, когда в сновидениях фигурируют события раннего детства и вообще бывшие так давно, что они в состоянии бодрствования кажутся совершенно забытыми. Еще больше это наблюдается во время гипнотического сна, так что этим способом можно восстановить в памяти вытесненные воспоминания, что требуется иногда и для терапевтических целей.

Гораздо чаще наблюдаются на патологической почве случаи понижения функций памяти. Способность запоминания расстраивается

при
ния
кого
моме
пере
памя
поср
в со
хотя
кий
забы
мина
расс
ях пр
ском
ника
их о
в это
не мо
жаю
мя с
течен
по сп
одно
спуст
ряда
повто
вает,
ности
новы
Проц
пени
жет н
наиб
умии
воспо
знача
избе
в см
расст
А
опред
она к
компа
голов
ти все
совер
языка
были
подве
облас

при очень многих заболеваниях, причем интенсивность этого изменения может быть очень различна. От простой забывчивости, более легкого выпадения из памяти отдельных незначительных фактов до почти моментального исчезновения всех новых впечатлений могут быть все переходы. Собственно даже в случаях самых тяжелых расстройств памяти способность запоминания никогда не бывает уничтожена. Непосредственно после процесса восприятия впечатление удерживается в сознании на некоторое время, но только на очень короткое. При этом хотя воспринятые вновь впечатления, например прочитанный короткий отрывок, ряд слов или чисел, могут быть очень скоро совершенно забыты, но следы их сохраняются. Сильнее всего способность запоминания или восприимчивости по отношению к текущим событиям расстраивается при старческом слабоумии, в далеко зашедших случаях прогрессивного паралича и особенно при так называемом корсаковском психозе. В этих случаях больные часто не в состоянии запомнить никаких новых впечатлений, не могут запомнить, где находятся, кто их окружает, какой сегодня день, что было с ними накануне или даже в этот день; не помнят, с кем беседовали сегодня, обедали или еще нет; не могут несмотря на многократные повторения запомнить имен окружающих, не могут запомнить ряда из 3—4 цифр или слов. В то же время следы впечатлений сохраняются очень долго, по крайней мере в течение многих месяцев. При исследовании способности запоминания по способу Эббингауза, заключающемся в заучивании ряда слогов или односложных слов до безошибочного повторения, оказывается, что спустя долгое время, до года и более, для нового заучивания того же ряда, который кажется совершенно забытым, требуется меньшее число повторений, чем вначале. Это сбережение в числе повторений указывает, что следы впечатлений еще сохранились. Расстройство способности воспроизведения редко ограничивается исключительно только новыми впечатлениями и обычно касается всего достояния памяти. Процесс забывания усвоенного в течение всей жизни до известной степени противоположен тому, который имеет место при усвоении, и может наблюдаться особенно в тех случаях, которые характеризуются наиболее резким ослаблением памяти, например при старческом слабоумии. Выпадение из памяти более или менее значительного количества воспоминаний носит вообще название амнезии. Этим именем обозначается иногда и ослабление памяти вообще, хотя лучше бы во избежание недоразумений употреблять его в первом смысле, именно в смысле клинического факта выпадения из памяти в результате расстройства способности воспроизведения.

Амнезия может быть общей и полной, распространяющейся на определенный период времени, или частичной; ■ последнем случае она касается только некоторых воспоминаний, иногда определенного комплекса их, например имен; описаны случаи, когда после травмы головы или в результате отравления наблюдалось выпадение из памяти всех слов иностранного языка, которым больной владел раньше в совершенстве. Если человек был полиглотом, говорил на нескольких языках, то амнезия наблюдается по отношению к тем языкам, которые были приобретены после, а не к его родному языку. Амнезии могут подвергнуться также приобретенные специальные знания из других областей, например умение играть на музыкальном инструменте,

даже способность читать. У маленьких детей, недавно научившихся ходить и говорить, эти способности оказываются нередко утраченными после инфекционных болезней. Возможны случаи амнезии, распространяющейся на всю прошлую жизнь или по крайней мере на значительные ее периоды. Расстройство способности воспроизведения, возникшее в результате болезни, обыкновенно относится только к периоду, начавшемуся вместе с нею, — а н т е р о г р а д н а я а м н е з и я, т. е. амнезия, распространяющаяся на события, которым предшествует болезнь. Но возможны случаи, когда она распространяется и на события известного периода, предшествовавшего началу болезни, которые в свое время были хорошо усвоены и воспроизведение которых до болезни не представляло никакого затруднения. Это интересное явление, имеющее большое клиническое значение, носит название р е т р о г р а д н о й а м н е з и и. Она также может быть полной или частичной. Чаще она распространяется сравнительно на небольшой период времени, несколько часов, дней, реже недель или даже лет; иногда амнезии могут подвергнуться все события прошлого, и это конечно тоже будет ретроградная амнезия. Случаи ретроградной амнезии наблюдаются главным образом после тяжелых заболеваний, сопровождающихся органическими изменениями центральной нервной системы. Сравнительно нередко она встречается после травмы головы, сопровождаемой потерей сознания. Сообщают, что Бисмарк после падения с лошади и связанной с этим потерей сознания не мог вспомнить ничего из того, что было перед этим инцидентом. Аналогичные случаи неоднократно наблюдались после контузии на войне, а также после попыток повешения, при отравлении окисью углерода. Что касается собственно душевных заболеваний, то здесь ретроградную амнезию приходится наблюдать чаще всего после инсультов при артериосклерозе и старческом слабоумии. Она — нередкое явление при корсаковской болезни. Но ретроградная амнезия может возникнуть и психогенным путем вследствие каких-нибудь тяжелых переживаний. При этом она может распространяться на известный промежуток времени не целиком, а так, что из него выхватываются только группы воспоминаний, соответствующие создавшейся эмоциональной установке.

С. В. Михалевской описан один пациент, который забыл свое прошлое целиком от начала жизни до поступления в больницу. Он не знал, где родился, кто его родители, где он учился и где работал, не помнил империалистической и гражданской войн, событий революции, не помнил даже своего имени. Но мало-помалу удалось установить, что он получил агрономическое образование, участвовал в японской войне; в этих воспоминаниях однако отсутствовало все, что носило сколько-нибудь личный характер, указывало бы, где он находился в то или другое время; он не мог вспомнить ни одного адреса, где жил, ни одного имени своих прежних знакомых. Путем различных поисков, произведенных помимо больного, в частности путем публикации в газетах с описанием примет этой новой «железной маски», удалось найти кое-кого, кто знал его в прошлом и мог сообщить некоторые сведения. Насколько можно судить по этим неполным данным, в прошлом у него был какой-то судебный процесс с обвинением его в преступлении по службе. Полное же прошлое больного все же осталось до последнего времени не раскрытым; возможно, что были и другие моменты, но ясно, что причиной амнезии в данном случае являются волнующие переживания.

Кроме количественных изменений в памяти могут быть расстройства качественного характера, различные ошибки, обманы памяти.

В некоторых случаях кроме более или менее резко ослабленной способности воспроизведения отмечаются ложные воспоминания, или псевдореминисценции. Больной сообщает с полной убежденностью о каких-нибудь событиях, в действительности не имевших места, например о поездке куда-нибудь, о разговоре, не бывшем на самом деле, о нанесенных больному оскорблениях; эти существующие только в воображении больного события обычно относятся к недавнему времени: большей частью больные сообщают, что это было вчера или третьего дня, во всяком случае указывают на какой-нибудь промежуток времени уже после начала заболеваний. Со стороны больных нет никакого желания обмануть, пошутить. Наоборот, больные твёрдо убеждены в верности сообщаемых ими фактов и относятся к ним с соответствующей эмоциональной окраской.

Стремление заполнить образовавшиеся в результате расстройства памяти провалы в ней объясняют образование конфабуляций, рассказывание различных не бывших в действительности происшествий. От ложных воспоминаний они отличаются тем, что на основе их лежит до известной степени активный, творческий процесс. Так один наш пациент, страдавший резко выраженным расстройством памяти на почве артериосклероза, высказывал иногда ложные воспоминания, причем одно из них повторялось несколько раз в одной и той же форме; при обходе он иногда заявлял, что он сейчас только подвергся оскорблению со стороны какого-то мальчишки, который схватил его за бороду; рассказывая это, он приходил к сильному волнению, начинал дрожать от гнева и грозил воображаемому обидчику кулаком. При псевдореминисценциях часто дело идет только о расстройстве локализации событий во времени, отнесении к тому или другому периоду событий, бывших много раньше до этого. Ложные воспоминания — это воспроизведение переживаний, имевших место когда-то или таких, которые могли иметь место. В конфабуляции в зависимости от состояния интеллекта, например наличия слабоумия, могут быть элементы, несовместимые с действительностью, иногда прямо фантастические. Структура конфабуляций повидимому не всегда одинакова. Если в происхождении их играет роль только расстройство памяти, их едва ли можно отграничить от ложных воспоминаний. В генезе их несомненно играют роль и особенности личности, ее известная активность с оживлением в течении представлений и склонность к фантазированию.

Крепелин, который много работал по вопросу об ошибках воспоминания, различает три вида их. При простых ложных воспоминаниях в качестве таковых выступают в сознании те или другие продукты фантазии. Расстройства этого рода наблюдаются у прогрессивных паралитиков с бредом величия, сюда же относятся и конфабуляции больных с корсаковским психозом. При ассоциирующихся ложных воспоминаниях больному кажется не то, что известное обстоятельство было им лично пережито, но что он слышал или читал об этом. К третьему типу относится уже указанное выше *déjà vu*. Явления этого рода наблюдаются иногда у шизофреников, эпилептиков в период учащения припадков и *absence*. Однако явления *déjà vu* не представляют чего-то свойственного только патологии. Появлению их способствует утомление; сравнительно часто можно их встретить в юношеском возрасте. Под именем редуплицирующей памнезии Пик описал такое расстройство, когда известное переживание в воспоминании представляется удвоенным или утроенным. Его конечно

нужно отличать от *déjà vu*. Чаще всего его можно констатировать при прогрессивном параличе, старческом слабоумии, корсаковском психозе.

К расстройствам интеллекта с характером стойкого снижения относится *слабоумие*. Оно обычно понимается в смысле известного комплекса интеллектуальных расстройств: слабости соображения, счета, критики, понижения памяти. Однако слабоумие нельзя трактовать как механическую смесь известных явлений выпадения. Это более сложное расстройство, имеющее ту или иную структуру и не так легко поддающееся точному определению. Если исходить из того, что слабоумие — это расстройство интеллекта, то возникает вопрос, что подразумевать под последним, — вопрос, на который не так легко ответить. По В. Штерну интеллект — это общая способность направить себя на выполнение новых задач, целесообразно используя имеющийся в распоряжении мыслительный аппарат. Ясперс центр тяжести видит в характерологии: «Интеллект — это человек в целом, рассматриваемый со стороны способностей». Ясперс при этом требует различия между интеллектом и собственном смысле и предпосылками для него — память, речевой аппарат, внимание. Это различие весьма существенно — память например является именно только предпосылкой для интеллектуального функционирования, не представляет интеллекта по существу. Соответственно этому резко выраженные расстройства памяти могут не сопровождаться грубым слабоумием, равно как и наоборот, выдающаяся память может быть у лиц с весьма посредственными умственными способностями. В общем нужно согласиться с теми психологами, которые не разлагают интеллект на отдельные, не связанные между собой частичные способности, а придают значение структурному принципу, видя в интеллекте расчлененное на отдельные способности целое, причем отдельные способности находятся в зависимости друг от друга, в доступных для измерения корреляциях.

В зависимости от различия в подходах к трактованию понятия интеллекта варьирует и определение самого слабоумия: по Ясперсу — это стойкий дефект интеллекта, по Бумке — это нечто противоположное понятию *Intelligenz* и характеризуется слабостью суждения; Штертц определяет интеллект как первичное ослабление интеллектуальных функций в отличие от расстройств интеллекта, обусловленных аффективными переживаниями или галлюцинациями. Заслуживает внимания определение Шейда, по которому синдром слабоумия характеризуется приобретенным ограничением функций, не являющимся поражением орудий мышления и не могущим быть объясненным расстройством сознания, причем нормальные функции невозможны и в потенции. В приведенное определение входит признак приобретенности. Этим указывается на необходимость отличия приобретенного слабоумия от иного, неприобретенного, т. е. врожденного слабоумия. На русском языке то и другое состояние называют одним словом «слабоумие», хотя между ними имеется резкое отличие. Сущность этого отличия видна из образного определения Эскироля: больной с приобретенным слабоумием — это разорившийся богатый, а слабоумный — от рождения бедняк, который никогда ничего не имел. Как приобретенное слабоумие (*Blödsinn*

немцев
самых
наслед
ребен
Вс
форму
рован
такого
ходит
будто
нии, в
в цело
опреде
тривае
не тол
таким
с утрат
возмо
ваемом
подчер
прилож
Для
во вним
Критер
нельзя
можная
динами
ется не
не меха
ленную
о слабо
приводи
заболе
стоит в
различ
почему
ники от

Роль
чительна
в нормал
эмоции —
начиная
цессами.
носятся л
органов,
го. Эта с
раздражи
субъекти
субъекто

немцев), так и врожденное (Schwachsinn) развиваются вследствие самых различных причин. Во втором случае оно сводится к тяжелой наследственности, к поражению зачатка или к заболеваниям мозга ребенка в самые первые периоды его жизни.

Все сказанное относительно слабоумия, а равно и приведенные формулировки грешат несомненным интеллектуализмом, т. е. игнорированием других моментов кроме интеллектуального. Дефективность такого подхода в особенности ясна из клиники. Очень часто приходится констатировать случаи, когда все отдельные способности как будто сохранились, тогда как речь несомненно идет о каком-то снижении, в особенности если иметь в виду не только интеллект, а личность в целом. В этом отношении следует вспомнить вышеприведенное определение интеллекта Ясперсом — человек в целом, рассматриваемый со стороны своих способностей. Человек в целом — это не только интеллект, но и эмоции и волевые компоненты. Слабоумие таким образом правильнее определять как общее снижение личности с утратой ею способности использовать те хотя бы ограниченные возможности, какие оставлены ей болезнью. Участие в рассматриваемом расстройстве эмоциональных компонентов Минковский подчеркивает своим термином а ф е к т и в н о е с л а б о у м и е, приложимым в особенности по отношению к шизофрении.

Для правильного понимания сущности слабоумия нужно принять во внимание также, что это не что-то абсолютно стойкое, неподвижное. Критерий стойкости, длительности входящих в него компонентов нельзя игнорировать, но ему свойственна также изменчивость, возможная в ряде случаев. Картина слабоумия присуща известная динамика, изменяемость, в связи с тем, что личность в целом не остается неподвижной. В особенности нужно помнить, что слабоумие — не механическая смесь признаков, а образование, имеющее определенную структуру. Проф. Л. С. Выготский в одной работе о слабоумии, характеризуя его сущность именно как структуры, приводит слова Полония, сказанные по отношению к психическому заболеванию Офелии: «в этом безумии есть система». Эта структура стоит в связи с общими изменениями личности: она неодинакова при различных заболеваниях, характеризующихся наличием слабоумия, почему об ее различиях целесообразнее говорить при описании клиники отдельных заболеваний.

4. ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Роль эмоциональных расстройств в патологии, в общем очень значительная, определяется целиком тем значением, которое ей присуще в нормальном состоянии. Прежде всего здесь следует отметить, что эмоции — постоянный спутник всяких интеллектуальных явлений, начиная с самых простых и кончая высшими интеллектуальными процессами. Каждое новое впечатление, каждое новое раздражение, относится ли оно к высшим органам чувств или исходит из внутренних органов, сопровождается особым оттенком приятного или неприятного. Эта субъективная реакция по существу определяется свойствами раздражителя и действием его на воспринимающие аппараты. Чисто субъективный характер ее ясно виден из того, что она у различных субъектов может быть чрезвычайно различной при одном и том же

раздражителе. Более слабые раздражения чаще вызывают чувство приятного, более сильные — наоборот, и это относится как к слуховым, световым, так и к механическим, химическим и всяким другим раздражителям. Яркий пример этого: музыкальные мелодии, доставляющие приятные эмоции человеку, являются непереносимыми для собаки, потому что оказываются чересчур сильными для ее слухового аппарата. Несомненно имеют значение и качественные особенности раздражителя, например его химический состав, небольшие различия которого могут дать существенную разницу в эмоциональной реакции. Так три очень близких друг к другу изомерных соединения — пирогалол, гидрохинон и бренткатехин — обладают чрезвычайно различным вкусом. Эмоциональные реакции соответствуют как процессам растительной жизни, так и более высоко стоящим психическим явлениям, соответственно чему различают низшие эмоции, связанные с удовлетворением чувства голода, жажды, полового влечения, а также интеллектуальные, моральные и эстетические. Так как в каждый данный момент одновременно действует очень большое количество впечатлений, каждому из которых соответствуют свои эмоциональные переживания, то человек постоянно находится под действием большого количества эмоций, дающих в конце концов одну равнодействующую в форме того или другого **настроения**. Последнее, являясь целостной реакцией на самые различные переживания, имеет свою структуру, знакомство с которой очень важно для понимания фактов патологии. Основу его образуют переживания, связанные с ощущениями, соответствующими вегетативным процессам. Характер их зависит от активности, энергии, темпа и различных других особенностей, свойственных вегетативной жизни данного индивидуума, от того, что Эвальд называет биотонусом. Эти как бы более глубокие слои переживаний, образующих настроение, являются в то же время более устойчивыми, так как находятся в связи с относительно постоянными в каждом отдельном случае величинами, какими являются особенности биологических процессов. Вокруг этого ядра имеются более поверхностные наслоения, соответствующие переживаниям, связанным с впечатлениями, доставляемыми органами чувств. Как видно из самых условий происхождения, в общем они являются более изменяемыми, но и здесь можно выделить сравнительно более постоянные слои, соответствующие более постоянному содержанию сознания, и совсем поверхностные наслоения, быстро меняющиеся в зависимости от перемен окружающей ситуации. Более полным знакомством с такой именно структурой настроения психопатология особенно много обязана Шелеру (Scheler). Если по отношению к душевным явлениям вообще очень подходят такие выражения, как «течение мыслей», «поток сознания», то в особенности относительно эмоциональных переживаний и в частности настроения можно сказать, что они представляют нечто текучее, постоянно изменяющееся. В графическом изображении равнодействующая настроения никогда не будет прямой, а должна быть представлена в виде волнообразной линии. Каждому человеку свойственны преимущественно определенные эмоции с преобладанием приятных или неприятных переживаний, почему волнообразную линию, условно изображающую настроение, приходится представлять себе то выше

то к
ния
при
как
нах
воз
ным
в к
век
зна
бар
ваю
особ
сам
и от
жен
лят
печа
на,
от н
г и
ция
выве
вла
кват
рода
им и
Быс
на о
учит
быть
особ
стен
не в
в сво
кака
мест
конеч
а не
ния,
рующ
жае
убийс
тов —
всего
режи
строй
афект
след
физи

то ниже воображаемой прямой — нормального или среднего настроения. В настроении и в нормальном состоянии постоянно происходят приливы и отливы, и в этом нет ничего удивительного, так как оно, как и другие биологические явления, протекающие в организме, находится под влиянием большого количества самых разнообразных воздействий. Вегетативные процессы хотя и являются более постоянными, особенно для сравнительно короткого промежутка времени, в конце концов также подвержены изменениям. Известный подъем и весной и падение осенью представляют очень частые явления. Имеют значение не только времена года, фазы луны, но и состояние погоды, барометрического давления. Патологические случаи особенно указывают на то, что каждой психической индивидуальности свойствен свой особый ритм, сопровождающийся чередованием периодов хорошего самочувствия и упадка.

Кроме более длинных и пологих волн соответствующих приливам и отливам настроения, последнее может давать крупные и резко выраженные волны, носящие название аффектов. Со времени Канта их делят на стенические — гнев, радость ■ астенические — печаль, смущение, страх и пр. Их интенсивность чрезвычайно различна, и здесь в особенности можно говорить о постепенных переходах от нормы к вполне выраженной патологии. Говорят о физиологических аффектах как о более слабых эмоциональных реакциях, сопровождающих различные волнующие переживания; они не выводят человека из равновесия настолько, чтобы он утратил всякую власть над собой и реагировал какими-нибудь поступками, не адекватными вызвавшему их моменту; аффективные движения этого рода — очень нередкое явление у вполне здоровых людей, почему им и присвоено название физиологических аффектов. Быстро возникающие состояния аффекта с немедленными разрядами на окружающее часто обозначают как примитивные реакции, учитывая, что генез их идет по тем закономерностям, которые могут быть прослежены в психике примитивов и даже животных. Выделяют особые патологические аффекты как более бурные реакции стенического или астенического характера, при которых человек не в состоянии управлять своими действиями и отдавать отчет в своих поступках. Вследствие того, что сознанием завладевает одна какая-нибудь идея, например невыносимой обиды с необходимостью мести, непоправимого горя, и таким образом происходит его сужение, конечная двигательная реакция определяется только этими идеями, а не является результатом взаимодействия всего содержания сознания, как то бывает в норме. Не умеряемая какими-либо контрастирующими представлениями, она носит стихийный характер и выражается в актах жестокого насилия, нанесения тяжких повреждений, убийствах. Главный отличительный признак патологических аффектов — это известное помрачение сознания с последующей амнезией всего или почти всего, что имело место во время аффективного переживания. При очень большой интенсивности эмоциональных расстройств и необычайно бурной двигательной реакции патологические аффекты не обладают большой продолжительностью; чаще всего последняя измеряется минутами, часами, редко более. Отличие между физиологическим и патологическим аффектом имеет не только теоре-

тическое, но и практическое значение, так как патологический аффект приравнивается к душевному расстройству, из чего ■ случае совершения преступления в таком состоянии делается вывод о необходимости принятия мер защиты медицинского характера, а не судебно-исправительного. Все же не всегда бывает легко установить точно, относится ли данное состояние к аффектам физиологическим или патологическим, и в отдельных случаях возможно несогласие между очень компетентными психиатрами. В этом нет ничего непонятно, так как если вообще граница между нормой и патологией условна, то еще более условна она между двумя душевными движениями, одинаковыми по своему существу и отличающимися только своей интенсивностью. Говорят еще как об особой группе о ф и з и о л о г и ч е с к и х а ф ф е к т а х н а п а т о л о г и ч е с к о й п о ч в е, отличающихся от физиологических своей интенсивностью и несоответствием с вызвавшими их причинами; с практической стороны они могут быть приравнены к обычным патологическим аффектам.

Только что рассмотренный вопрос о различных видах аффектов в особенности ясно указывает, что в области эмоциональных переживаний больше, чем где-либо, норму нельзя рассматривать отдельно от патологии, и наоборот. Это относится также и к настроению и его расстройствам. Сравнительно нередко наблюдается повышение самочувствия. Оно выражается или в состоянии веселости, которая не вполне соответствует действительным обстоятельствам жизни больного, или более бурной радости, которую ничто не в состоянии омрачить. Говорят об э й ф о р и и как о состоянии длительного повышения самочувствия с устранением каких бы то ни было неприятных переживаний, состоянии полного довольства и блаженства. Повышенное настроение обычно сопровождается известным ускорением мыслей и оживленной мимикой и вообще двигательным оживлением, нередко также гиперемией лица. Оно встречается главным образом при маниакальном состоянии маниакально-депрессивного психоза и состояниях, близких к маниакальному, наблюдающихся иногда при параличе помешанных, артериосклерозе мозга и некоторых других заболеваниях. В некоторых случаях в зависимости от характера основной болезни повышенное настроение носит несколько особенный отпечаток.

Гораздо чаще встречаются состояния пониженного самочувствия, различные формы тоскливости. В легкой форме расстройство выражается просто в недостаточно мотивированном или совершенно беспричинном дурном самочувствии вместе с ослаблением интересов и нежеланием делать что-либо. В более тяжелых случаях наблюдается резко выраженная подавленность, постоянно испытываемое чувство тоски с исключением возможности хотя бы кратковременных приятных переживаний. Наконец могут быть случаи совершенно невыносимых состояний тоскливости, когда сознание видит только один выход из переживаемых страданий, именно в смерти. Более или менее выраженные состояния тоскливости обычно сопровождаются также и чувством немотивированного безотчетного страха. Тоскливость всегда сопровождается интеллектуальным заторможением, степень которого параллельна интенсивности тоски и в тяжелых случаях может дойти до полной остановки мысли. Всегда в большей или меньшей степени налицо оказывается и двигательное заторможение, что выражается

в медленности и скудости движений, тихой, еле слышной речи. Довольно обычны спазмы сосудов, ведущие к повышению кровяного давления и сопровождающиеся бледностью лица, а также и другие вазомоторные расстройства. Последние часто сопровождаются тяжелым субъективным чувством напряжения, которое особенно сильно бывает выражено в области сердца. Эта предсердечная тоска (*anxietas praecordiacis*), близкая к тому, что испытывают больные с грудной жабой, еще больше усиливает тяжелое самочувствие меланхолика. Чувство тоскливости держится более или менее стойко, но интенсивность ее подвержена значительным колебаниям. Самочувствие обычно ухудшается к утру, что повидимому можно считать общим явлением, так как нечто аналогичное наблюдается и у невротиков, например неврастеников. Тоскливость под влиянием каких-либо внешних моментов или вследствие нарастания внутренних причин временами может резко усиливаться и дать особенные взрывы тоскливости (*raptus melancholicus*), когда больные, не находя выхода из состояния невыносимой тоски, начинают метаться и в этом состоянии особенно легко могут покушаться на самоубийство.

Кроме изменений настроения с характером его повышения или понижения в чистой форме возможны состояния, которые можно назвать смешанными, так как к основному настроению могут примешиваться элементы противоположного состояния; иногда стенические и астенические моменты так перемешиваются между собой, что трудно даже сказать, какое настроение является основным.

Состояния тоскливости ■ общем встречаются во всех тех случаях, что и состояния повышенного самочувствия. Особенно часты они при маниакально-депрессивном психозе. Здесь тоска носит вполне выраженный характер так называемой жизненной, витальной депрессии, так как корни ее нужно искать в изменении биологических процессов. В своей основе она находится ■ зависимости от изменения вегетативных процессов и не стоит в связи с какими-либо воздействиями, идущими из окружающей среды. Обыкновенно депрессия развивается без видимых внешних причин вследствие нарастания каких-то внутренних изменений. Иногда депрессия является психогенной, вызванной какими-нибудь психическими причинами; обычно это кратковременные тяжелые переживания: сильный испуг, острое чувство обиды, или же более длительные, например тяжелое горе, очень трудные условия жизни. В отличие от витальной депрессии, беспричинной, беспредметной и часто необъяснимой для самого больного в этих случаях тоскливость психологически понятна; она является естественной реакцией на вполне реальные причины, и ненормальными являются только ее интенсивность и длительность, не соответствующие вызывающей их причине. Психогенный характер ее нужно видеть и в том, что она может сравнительно быстро сгладиться, если жизненная ситуация изменится в благоприятном смысле, тогда как витальная депрессия недоступна внешним влияниям, течет циклически и заканчивается, когда соответственно естественному развитию болезни наступает сдвиг в биологических реакциях.

В некоторых случаях приходится наблюдать, что больной очень легко дает эмоциональные реакции, умиляется и плачет, приходит в состояние веселости или раздражения без достаточных причин.

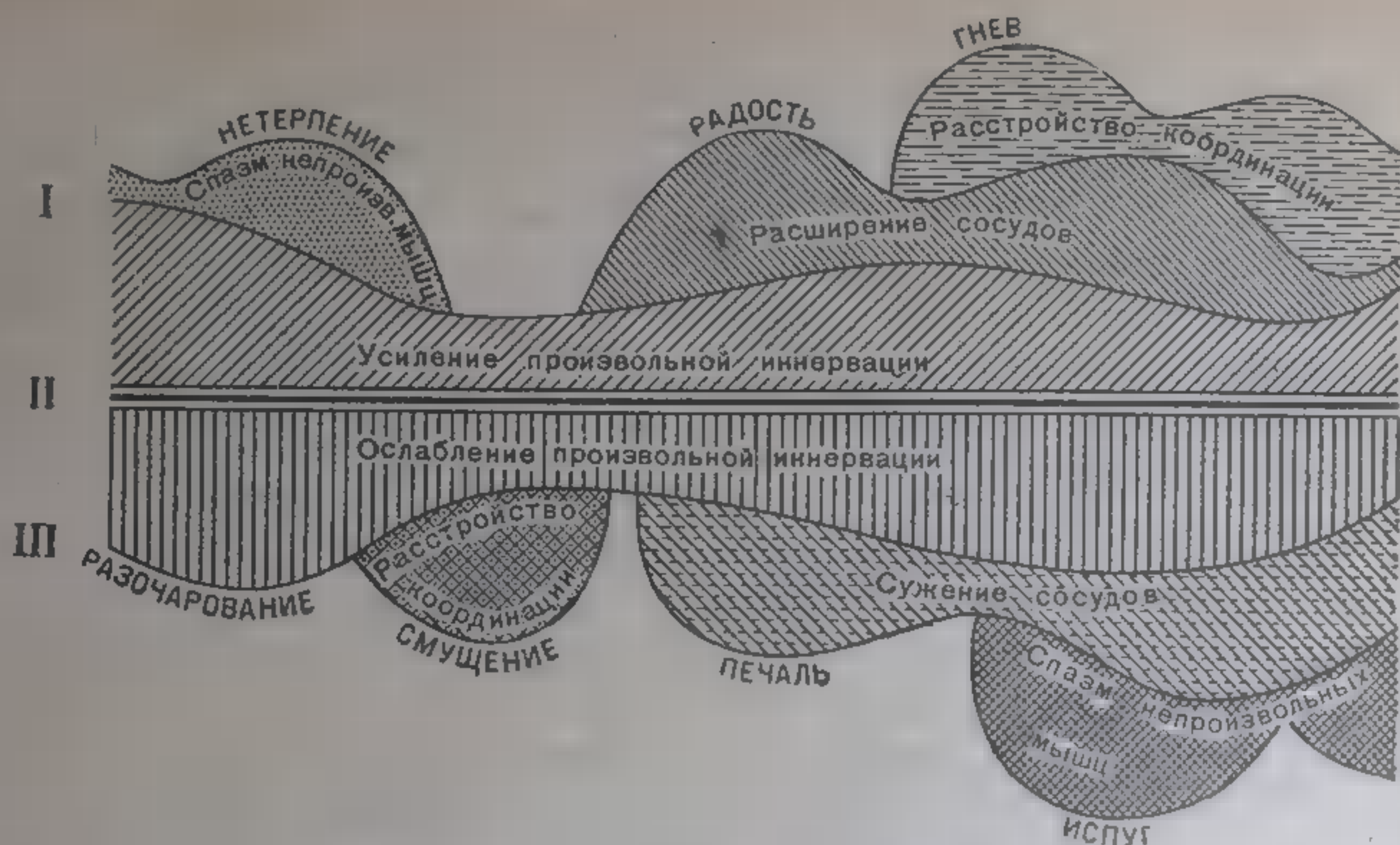


Рис. 5. Схема Ланге. Физиологические изменения, соответствующие различным эмоциональным переживаниям.

Такое эмоциональное слабодушие довольно характерно для прогрессивного паралича, артериосклероза мозга, отчасти для рассеянного склероза. Расстройства эмоционального равновесия можно наблюдать как возрастные особенности, например несдержанность, грубиянство подростков (*Flegeljahre*) или черствость, грубый эгоизм и ворчливость в старческом возрасте.

Сущность эмоциональных расстройств тесно связана с изменением биологических процессов, протекающих в организме. Мы уже отмечали, что аффективные движения сопровождаются изменением иннервации, повышенной при стенических аффектах и пониженной при астенических, расстройствами координации, вазомоторными расстройствами, повышением и понижением кровяного давления. Каждому аффективному движению соответствует тот или другой комплекс из перечисленных явлений, как видно из схемы Ланге (рис. 5).

В прежнее время принимали, что эти расстройства только сопутствуют аффективным переживаниям, являясь второстепенными, малозначительными признаками. Джемс и Ланге иначе взглянули на положение дела и разработали теорию, по которой первичными именно являются эти физиологические изменения. По объяснению этих авторов не потому человек плачет, что он печален, или дрожит, потому что боится, а как раз наоборот: самое существенное заключается в плаче и дрожании, и если бы человек сумел заставить себя перестать плакать и дрожать, исчезли бы его тоска и страх. Эта теория вообще была предметом обсуждения очень многих исследователей и дала в результате обширную литературу.

К тому, что было известно во времена Джемса и Ланге из области физиологических изменений, в настоящее время можно прибавить много новых, точно установленных фактов. Эмоциональные проявления тесно связаны не только с расстройствами вазомоторного порядка, расстройствами координации, но с изменениями химизма крови и вообще обмена веществ. Большую роль в этом отношении играют железы внутренней секреции; в этой области раньше всего были установлены некоторые отношения, связанные со щитовидной железой. Факт более или менее резких эмоциональных расстройств при базедовой болезни, а также картина эмоционального притупления в случае гипофункции щитовидной железы заставили думать, что последняя играет особенно большую роль в этом отношении, что и дало повод некоторым авторам называть ее «железой эмоций». Значение ее несомненно, но конечно не только ее нужно иметь в виду в данном случае.

Все больше накапливается фактов, заставляющих думать о большом значении гормонов половых желез. Кастрирование животных и человека, как известно, очень изменяет психический облик, устраняя почти полностью возможность выявления каких бы то ни было стенических аффектов. В том же смысле должны быть оценены многочисленные факты изменения настроения, преимущественно с характером понижения при заболеваниях половой сферы у женщин, во время менструаций и беременности. Некоторые психиатры устанавливают понятие дисовариальной депрессии, связывая ее с понижением функции яичников. Изучение клиники душевного расстройства заставляет прийти к определенному заключению, что чем ближе к старости, тем чаще наблюдаются проявления депрессии и бывают тем ярче выражены. Это конечно должно быть поставлено в зависимость от обратной эволюции, в которой принимает участие организм в целом, но особенно большая затронутость половых желез при этом не подлежит никакому сомнению. За это в особенности говорит тот факт, что прекращение менструации в климактерическом периоде, играющее большую роль в происхождении так называемых климактерических психозов, обычно непосредственно ведет к появлению более или менее выраженной тоскливости. Но поскольку патология имеет дело главным образом с плюригландулярными расстройствами, нужно думать, что и в генезе эмоциональных расстройств играет роль не одна какая-нибудь железа внутренней секреции, а все они или по крайней мере группа их. Нельзя забывать при этом и о значении симпатической системы не только потому, что сама она и особенности ее узлы могут до некоторой степени считаться органом внутренней секреции, но и потому, что деятельность ее связана с функцией закрытых желез и имеет большое значение для обмена веществ. Здесь прежде всего нужно иметь в виду отношения ее к щитовидной железе и надпочечникам. Вазомоторные расстройства, играющие большую роль в данном случае, тесно связанные с изменением этих желез, в особенности надпочечников, всегда в то же время предполагают то или другое участие симпатической системы. Явления расширения или сжатия сосудов и связанные с этим понижение и повышение кровяного давления имеют прямое отношение к состоянию эмоциональности. Многочисленные исследования установили с большой достоверностью, что состояния с повышенным кровяным давлением обычно характеризуются пониженным самочувствием. Такие отношения представляют постоянные явления при заболеваниях позднего возраста, в особенности при церебральном атеросклерозе. Менее определенно стоит вопрос о состоянии кровяного давления при депрессиях; часто в таких случаях находили его понижение, но иногда оно оказывалось и повышенным. Так как расширение и сжатие, другими словами гиперемия или анемия, предполагают более хорошие или более плохие условия кровоснабжения и питания, естественно предположение, что повышенное самочувствие связано с хорошим питанием мозга, пониженное — наоборот. Такой взгляд высказывал еще Мейнерт, думавший, что причина повышенного самочувствия заключается в гиперемии мозга, пониженного — в его анемии.

Не отрицая значения того или другого изменения в кровоснабжении, центр тяжести нужно видеть повидимому в изменениях химического состава крови. Не все в этом отношении хорошо известно, но некоторые крупные факты несомненны. Можно считать точно установленными колебания в содержании виноградного сахара и адреналина. Как известно, между тем и другим изменением имеются определенные взаимоотношения, что видно уже из одного того факта, что впрыскивание адреналина дает обыкновенно глюкозурию. С другой стороны, можно считать установленным, что состоянием козурии соответствует увеличение количества адреналина в крови. Де Кристара соответствующими экспериментами установил, что у кошек под влиянием страха увеличивается количество адреналина и виноградного сахара. К тому же ведет одно связывание кошки и укладывание ее на стол, служащий для экспериментов над животными (Fesselungglykosurie). С этим можно сопоставить, что при депрессиях позднего возраста, например при уже упомянутых климактерических или инволюционных психозах, одновременно отмечаются и тоскливость, соединенная со страхом, и повышение кровяного давления, и адреналинемия. В этих случаях наблюдается и ослабление функции половых желез, причем этот факт между прочим находит себе объяснение в том, что между медулярным веществом надпочечников, в первую очередь име-

ющим отношение к выработке адреналина, и половыми железами существует известный антагонизм; ослаблению деятельности гормонов половых желез в позднем возрасте соответствует увеличение количества адреналина.

Приведенными фактами не исчерпывается все, что известно относительно химии аффектов, но и из сказанного ясно, что последние сопровождаются глубокими изменениями химизма и что с последними связана самая их сущность. Те или другие нарушения химизма более или менее резко влияют на восприятие, изменяют характер эмоционального компонента—как впечатлений внешнего мира, так и ощущений, возникающих внутри организма. Они изменяют характер основного эмоционального фона настроения и других эмоциональных переживаний. Характер этих нарушений конечно должен быть неодинаков при повышенном и пониженном настроении, при стенических и астенических аффектах. Анализ различных состояний, при которых наблюдается повышенное самочувствие, ■ сравнение их между собой дает основания думать, что приходится прежде всего считаться с отравлением и как бы оглушением нервной системы. В общей массе впечатлений, дающих в результате настроение, выпадает действие тех моментов, которые в общем угнетают самочувствие, а может быть активизируется влияние стенических агентов. Здесь, с одной стороны, имеет значение аналогия с картиной эйпноэ, когда при насыщении организма кислородом самочувствие оказывается настолько хорошим, что ослабляются стимулы к производству дыхательных движений. Больше или меньшее богатство крови кислородом играет роль и в происхождении того или другого изменения настроения. Если гиперемия мозга, как предполагал еще Мейнерт, действительно может повысить самочувствие, то ■ этом очень большую роль должно играть богатство кислородом. Самочувствие находится ■ тесной зависимости от большей или меньшей легкости, с какой текут интеллектуальные процессы, и от степени их продуктивности. Давно установленное понятие функциональной гиперемии предполагает как нечто несомненное, что известное богатство кровью и значит кислородом повышает интеллектуальную, как и всякую другую, продуктивность и ведет к повышению самочувствия. В состояниях повышенного самочувствия, особенно при ясно выраженном маниакальном характере, окислительные процессы несомненно повышаются, и, с другой стороны, доказано, что они более или менее резко понижаются в случаях депрессии. Маниакальное состояние при маниакально-депрессивном психозе, характеризующееся вообще повышением всех сторон психической деятельности, представляет пример повышенного самочувствия, в генезе которого главную роль играют стенические моменты, но и здесь несомненны не только элементы возбуждения, но и паралича. Так больным этого рода свойственно отсутствие чувства утомления даже при очень большом возбуждении, продолжающемся месяцами и ведущем к очень большому истощению и убыли веса. То же самое относится к чувству боли, которое также обычно оказывается притупленным. Такое выпадение раздражений, угнетающих самочувствие, не может не отразиться на общем сдвиге настроения в сторону его повышения. Роль элементов торможения еще более ясна в маниакальных состояниях, наблюдающихся иногда при параличе помешанных и вообще при заболеваниях органической группы. При параличе в связи с общим понижением чувствительности ослабляется острота по отношению к впечатлениям неприятного характера, и это несомненно играет роль в развитии характерного для многих паралитиков чувства беспричинного благодушия, иногда вполне выраженной эйфории. В случаях органических заболеваний приходится считаться с известной ролью и более или менее выраженного слабоумия, которое мешает должным образом оценивать различные теневые стороны. Но можно указать на всем известную веселость и благодушие пьяного, где исключается роль собственно слабоумия и, с другой стороны, ясны элементы оглушения. Общеизвестно притупление у пьяных чувства боли, голода, холода, жары и в связи с этим большая опасность для них замерзания. Их веселость, облегченные движения, говорливость, кажущееся ускорение мыслей—все это прямой результат торможения задерживающих влияний. В состояниях тоскливости приходится считаться с действием тех же моментов, но соотношение явлений будет конечно иное, и прежде всего преобладают элементы торможения. Определяющими являются понижение общей активности, ослабление продуктивности всякой и в особенности интеллектуальной работы, доходящее до степени

паралича. Оно стоит в связи с общим понижением процессов обмена, с ослабленной гормональностью половых и других желез внутренней секреции, с ослаблением окислительных процессов и обеднением мозга кислородом. Меняется субъективное отношение к переживаниям, которые утрачивают характер чего-то личного, интимно связанного с субъектом, в связи с чем развиваются мучительные явления деперсонализации. Трудности, возникающие перед интеллектуальным функционированием, являются причиной сужения кругозора, ограничения его главным образом переживаниями, гармонизирующими с основным настроением, т. е. окрашенными депрессивными моментами. Роль неприятных ощущений ясно можно видеть на примере прообраза их—чувства физической боли, которое всегда более или менее ясно отражается на самочувствии. Общеизвестны переживания, связанные с головными болями, зубной болью, болями при разного рода невралгиях. В противоположность маниакальным состояниям, характеризующимся притуплением чувствительности, меланхолическим состояниям свойственны боли и различные неприятные ощущения. Между тем всякая физическая боль в конце концов—это не только раздражение воспринимающих аппаратов, но в то же время ■ сложное психическое переживание. При известной интенсивности болезненных раздражений и иррадиации их дело может дойти до состояния, близкого к общему угнетению, с чувством мучительной общей психической боли и тревоги. С точки зрения физиологических процессов здесь можно говорить о принципе доминанты, в силу которого тоскливость связана с очагами доминантного возбуждения, притягивающего другие, более слабые раздражения; последние оказываются не ■ состоянии вызвать соответствующую им эмоциональную реакцию, которая иногда должна была быть стенического характера, и только усиливает основное чувство тоски. Так как приятное и неприятное—только субъективная оценка раздражений, которые могут отличаться друг от друга исключительно ■ количественном отношении, то можно представить себе, что при тоскливости в результате отравления происходит утрата способности восприятия раздражений, не достигающих известной силы подобно другим отравлениям, например алкоголизму, при котором не оказывают никакого действия слабые болевые раздражения.

Что в происхождении чувства тоски, именно ■ основе его, лежат соматические изменения и что она является действительно витальной, жизненной, видно из следующего: если удастся изменить течение биологических процессов, оказывается возможным ослабить тоску и даже хотя бы временно ее устранить. Здесь могут помочь чисто физические факторы, например теплая ванна, устраняющая чувство напряжения вследствие расширения сосудов и понижения кровяного давления, введение под кожу кислорода, иногда сразу и очень значительно облегчающее чувство тоски. Введение лекарств, известных своим парализующим действием на болевые ощущения, например морфия, подавляет и чувство тоски. В этом же смысле должно быть оценено благоприятное действие на состояния тоскливости органотерапевтических препаратов, например оварина и спермина.

Из сказанного ясно, что о локализации эмоциональных явлений и их расстройств можно говорить еще с большими ограничениями, чем по отношению к интеллектуальным процессам. Субстратом аффективных переживаний являются изменения в крови, циркулирующей по всему организму, вазомоторные расстройства и вообще те или другие сдвиги в биологических процессах, наконец сюда же нужно отнести все воспринимающие аппараты, имея здесь в виду как впечатления, доставляемые высшими органами чувств, так и органические ощущения. Поскольку вегетативные явления, более всего затронутые при эмоциональных переживаниях, имеют для себя особые центры в подкорковых узлах, постольку здесь можно до известной степени видеть центры, имеющие особенное отношение к эмоциональной жизни. В том же смысле должен быть истолкован тот факт, что все чувствующие волокна, служащие для передачи кожного и общего чувства, равно как и ощущений, идущих из мышц и двигательного аппарата, прерываются, прежде чем идти к коре, в зрительном бугре; на последний таким образом нужно смотреть как на орган, имеющий большое отношение к чувствующей сфере, тем более что по мнению ряда физиологов болевые ощущения, может быть и ощущения, идущие из внутренних органов, далее в кору не передаются и не имеют в коре таким образом своего представительства; для них зритель-

ный бугор является высшим центром. Данные патологии, в особенности наблюдения, сделанные над эпидемическим энцефалитом, также должны быть истолкованы в том же смысле. При этой болезни имеется особый анатомический процесс, который локализуется главным образом в подкорковых узлах. Соответственно этому при этой болезни, как известно, резко выражены явления расстройства мышечного тонуса, расстройства координации, крайне затруднены все мимические и выразительные движения. Это делает почти невозможным внешнее выражение аффектов—печали, радости, гнева. В то же время у таких больных очень обычны аффективные расстройства. В типических случаях, хотя нельзя говорить о полном притуплении аффективных переживаний, всё же они более или менее резко изменены, и над всем доминирует чувство скованности, распространяющееся также и на эмоциональные переживания. В некоторых случаях при менее выраженных явлениях паркинсонизма в связи с резкими вегетативными расстройствами на первый план выдвигается чувство страха.

Как в норме, так и в патологии эмоции—это та сторона психического функционирования, которая определяет собой характер реакции на различные явления окружающего. Это относится как к низшим эмоциям, инстинктам голода, жажды, половому инстинкту, так и к эмоциональным переживаниям более высокого порядка. По замечанию Э. Крепелина эмоции—это стражи, правда далеко не непогрешимые, нашего существования и нашего благополучия. Это одна сторона психических явлений, тесно связанная с остальными, но все же в смысле локализации более вынесенная на периферию навстречу внешним раздражениям. Если нервная система, взятая в целом, является органом психической жизни со всеми ее проявлениями, то можно сказать, что собственно интеллектуальные процессы приурочены преимущественно к мозгу; эмоциональные же процессы и их патологические сдвиги допускают лишь самую разлитую локализацию. Периферические нервные воспринимающие аппараты, доставляя материал для аналитической функции мозга, в то же время играют большую роль для определения характера целостной реакции организма на различные явления окружающего. В психических переживаниях, связанных с деятельностью периферических воспринимающих аппаратов, нужно видеть и корни эмоциональной жизни.

5. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Расстройства сознания играют большую роль в патологии, и можно даже сказать, что наши сведения о сознании и его структуре основаны в значительной мере на ознакомлении с данными клиники душевного расстройства. Сознание не есть что-либо особое, отличное от психических переживаний; это—свойство, которое присуще им всем в более или менее значительной мере. Со стороны субъективной—это внутренняя озаренность душевных переживаний, самопроницательность, так сказать внутренняя прозрачность.

Что касается сущности, то это—особое свойство материи, появляющееся при известной высоте ее организации и во вполне развитой форме, свойственной только человеческой психике. Будучи по существу связано с деятельностью головного мозга, оно не сводится однако к чисто физиологическим процессам. В этом смысле нельзя согласиться с правильностью определения сознания рефлексологами как особенно отчетливого переключения возбуждения с одних рефлексов на другие. Процессы сознания, будучи в основе материаль-

ными, в то же время качественно своеобразны, они представляют как бы внутреннюю сторону протекающих в мозгу физиологических процессов. К. Маркс определял сознание как отношение нашего «я» к «не я», — иными словами сознание является особым видом отношения индивидуума к среде. По своему содержанию сознание определяется средой, которую оно отражает, но этот процесс отражения не следует понимать только в механическом смысле: это не простое созерцание всего окружающего, это в то же время особая форма активной реакции на раздражение извне со стремлением изменить окружающую среду.

Для понимания болезненных отклонений в этой области чрезвычайно большое значение имеет точное знакомство со структурой сознания и прежде всего — с его развитием. Центральное место в структуре сознания занимает сознание своего «я», которое является первичным в генетическом отношении. Как можно считать установленным, собственно «я» формируется в процессе отдифференцирования его в развивающемся сознании от сознания окружающего, что соответствует приблизительно второму году жизни. Это так сказать первичное «я» в дальнейшем подвергается все большему развитию, причем противоположение «я» и окружающего «не я» сохраняется в качестве самого существенного момента, и самое развитие сознания главным образом сводится к дальнейшему дифференцированию этих двух составных частей.

Сознание своего «я», включая в себя прежде всего сознание своего тела и образуясь вообще в процессе противопоставления себя окружающему, в вполне развитом состоянии имеет довольно сложную структуру. Существенным моментом является сознание своей связи с другими, так сказать социальное «я», представляющее специфическую особенность человеческой психики и образовавшееся в связи с развитием в мозгу специально человеческих областей и прежде всего в связи с развитием речи как средства общения с другими на почве сотрудничества в общей работе по борьбе с природой. Очень важными свойствами сознания «я» является сознание его активной действительности и единства, а также непрерывности. Благодаря этим свойствам все переживания настоящего и прошедшего объединяются, образуя одну непрерывную цепь, причем последним звеном ее является переживание данного момента. Иногда термин «самосознание» применяется именно в смысле сознания своего «я», но так как им же обозначается то, что соответствует самочувствию, то во избежание недоразумений целесообразнее его совсем не применять. Значительной эволюции подвергается и та часть сознания, которая относится к «не я» и которая может быть названа предметным сознанием. Кроме собственно объектов окружающего мира, например других людей, сюда относятся место и время, сознание которых становится очень важным признаком. С сознанием окружающего или вообще с предметным сознанием стоит в связи ориентировка в месте и времени. Эти понятия нередко смешиваются, хотя они совершенно не идентичны. Расстройство ориентировки — определенный клинический феномен, который может совпадать с расстройством сознания и может зависеть от него, но может и не иметь к нему никакого отношения, будучи обусловлен совершенно другими причинами; например человек, потерпевший кораб-

лекрушение и попавший на неизвестную землю, будет дезориентирован в пространстве, не страдая расстройством сознания. Аналогичное расстройство ориентировки, но не сознания, испытывает человек, проспавший очень долгое время или находившийся много дней в бессознательном состоянии; хотя последнее уже миновало, но человек долго не может разобраться во времени. Равным образом слабоумный может не ориентироваться ни в месте, ни во времени, не представляя расстройств сознания в собственном смысле.

Переживаниям нашего «я», будут ли они связаны с окружающими предметами или нет, присуще особое свойство, именно сознание того, что это именно его личные переживания, связанные с ним самым интимным образом.

Процессы эволюции сознания далеко не всегда бывают одинаково выражены, и можно говорить о возможности самых различных ступеней развития сознания. С этим стоит в связи и развитие личности; и можно сказать, что вполне развитое сознание характеризует высокое развитие психической индивидуальности. С. С. Корсаков думал, что для характеристики состояния сознания имеет значение и совокупность знаний, которыми располагает данная индивидуальность (со—знание). Для понимания явлений сознания и его расстройств чрезвычайно важно, что помимо изменений, связанных с генетическим развитием, сознание вообще постоянно подвержено изменениям, не представляет чего-то неподвижного. В согласии с Джемсом, говорившем о потоке сознания, исследователи принимают, что и новые впечатления, переступая при известной интенсивности раздражения порог сознания, обогащают его содержание и дают начало новым процессам, вступающим в систему взаимодействий со всеми уже имевшимися явлениями. Вечной смене все новых впечатлений противопоставляются постоянные свойства нашей физической и психической личности, образующие как бы менее бросающийся в глаза задний фон процессов, представляющих содержание душевной жизни. Эти более постоянные психические слои и образуют основу единства и непрерывности личности. В общем потоке процессов сознания только небольшое количество представлений может освещаться с наибольшей ясностью, быть в центре сознания, как бы в его фокусе. Значительное количество представлений лишь на короткое время наводится на этот фокус, освещается сознанием или всю жизнь остается за порогом сознания в бессознательной сфере. Это отграничение двух сфер понимается исследователями не всегда одинаково. Брейер и Фрейд говорят о верхнем и нижнем сознании; Грассе — о верхнем и нижнем психизме. Но так как одни и те же представления могут быть то сознательными то нет, заслуживает внимания мысль Кречмера о сферической структуре сознания, причем одни и те же психические процессы могут быть попеременно верхними и нижними, сознательными и бессознательными.

В патологических случаях болезненным изменениям могут подвергаться процессы, относящиеся ко всем сторонам деятельности сознания. Не говоря уже о значительных изменениях содержания сознания, о которых речь была в предшествующих главах — о галлюцинациях, бредовых и навязчивых идеях, — в некоторых случаях отмечается особое расстройство — сужение поля сознания.

И при нормальных отношениях можно говорить об известной узости поля сознания, так как в центре его в каждый данный момент может быть лишь сравнительно небольшое количество представлений. Но иногда аналогично сужениям поля зрения, например концентрическому сужению его при истерии, может быть так, что в фокусе сознания находится всего одна или две идеи, тогда как все остальное остается в тени. Так бывает при сильных аффектах. Большое значение имеет узость сознания другого, как бы избирательного типа. Иногда под влиянием главным образом эмоциональных моментов оказывается, что в сознание могут проникнуть только определенные представления, соответствующие эмоциональной установке, тогда как ко всему остальному оно остается слепым и глухим. Такого рода избирательная узость сознания типична для психопатических личностей. При расстройствах сознания обычно не все элементы его поражаются в одинаковой мере. Как общее правило гораздо легче подвергается изменениям предметное сознание, тогда как сознание своего «я» оказывается более прочным. Это ■ особенности относятся к той группе расстройств, причина которых заключается в биологических изменениях, например в отравлении токсинами, как бывает при многих психозах, прежде всего инфекционных. Как о наиболее легкой степени можно говорить о состоянии сонливости (сомноленция), когда до сознания доходят только очень сильные впечатления, тогда как слабые остаются совершенно незамеченными. Просоночные состояния представляют также легкую степень. Сущность их, как видно из самого названия, можно представить себе из анализа того состояния, которое бывает у человека, внезапно проснувшегося или разбуженного среди ночи. Бывает такой период в просыпании, обычно очень короткий, когда человек еще не вполне проснулся; к нему возвратилось сознание своего «я», но нет сознания ни места, ни времени. Если предположить, что такой период будет длиться не секунды и минуты, а более продолжительное время, то это и будет то, что характерно для просоночного состояния, это—состояние как бы медленного просыпания.

Близки к этому состояния сомнамбулизма, наблюдающиеся у лиц с истерическими реакциями. Больной в таком состоянии встает с постели, не просыпаясь начинает ходить или делать что-нибудь автоматически, ничем не реагируя на окружающее, иногда уходит из дому, через несколько минут, иногда через несколько часов он приходит в себя и ни о чем не помнит. Довольно часто наблюдается состояние оглушенности (Benommenheit), имеющее свой прообраз в физиологическом утомлении; оно характеризуется затруднением в сосредоточивании внимания, в замедлении и расстройстве восприятия и усвоения, в повышении порога раздражения, в нарушении формальной правильности мышления и в его бессвязности.

Сумеречные состояния сознания—состояния, длящиеся от нескольких минут до нескольких часов, когда больной остается в пределах замкнутого круга мыслей, представляют картину сужения поля сознания, совершающегося в известной системе; характерно также, что сохраняется известная правильность поведения. Явления этого рода наблюдаются при различных интоксикациях и инфекциях.

Наиболее глубокие степени расстройства сознания представляют ступорозное и коматозное состояния. При этом бывает расстроено и сознание своего «я» самым глубоким образом. При коматозном состоянии до сознания не доходит никаких впечатлений внешнего мира, отсутствуют какие бы то ни было защитные реакции, например нет отдергивания руки даже при очень глубоком уколе, отсутствует реакция конъюнктивы глаза и даже световая реакция зрачков. Расстройства сознания этого типа в наиболее глубокой степени бывают при инфекционных и интоксикационных болезнях. Говорят об *амении* как особой картине болезни, характеризующейся большой спутанностью сознания, галлюцинациями и двигательным возбуждением. Такая картина развивается обычно в связи с большим общим истощением, тяжелыми потерями крови, инфекциями. Говорят также об *аментивном состоянии*, — спутанности сознания аналогичного типа, но носящей характер эпизода в течении различных заболеваний, например шизофрении, прогрессивного паралича, иногда маниакально-депрессивного психоза. При инфекционных болезнях, например при тифах, группе септических заболеваний степень расстройства сознания идет обычно параллельно глубине инфекции, в соответствии с чем наиболее глубокие формы, особенно коматозная, имеют дурное прогностическое значение. Инфекциям свойственны также и другого типа состояния, сопровождающиеся расстройством сознания, именно *делириозные*. При этом сознание личности сохраняется в полной мере; процессы же, относящиеся к предметному сознанию, расстраиваются благодаря наплыву массовых зрительных и слуховых галлюцинаций. Коматозные состояния наблюдаются также при болезнях обмена, например уремии, диабете. Состояние сознания во время припадков падучей болезни, имея в виду его глубину, также может быть названо коматозным.

Во всех перечисленных случаях расстройство сознания носит более или менее длительный характер, но возможны очень кратковременные изменения в то же время очень большой глубины. Таковыми являются прежде всего так называемые *absence*, или *petit-mal*, малые припадки эпилепсии, когда на несколько секунд наступает полная потеря сознания. Хотя вследствие кратковременности такого состояния больной не успевает даже упасть, но все же совершенно утрачивает сознание, причем иногда может наступить недержание мочи. Большая или меньшая утрата способности припомнить то, что было в период затемнения сознания, характеризует глубину расстройства. Коматозное состояние сопровождается полной амнезией; так бывает между прочим и по отношению к эпилепсии. Обыкновенный обморок представляет также случай глубокой потери сознания, но не достигающий такой степени, как при падучей, что видно из возможности вывести из такого состояния путем сильных раздражений.

Перечисленные состояния расстройства сознания представляют реакции нервной системы на различные внешние (по отношению к мозгу как субстрату сознания) раздражения. От интенсивности этих раздражений зависит распространение его на все элементы сознания или только на некоторые, равно как и продолжительность расстройства. Как мы говорили, сознание личности сохраняется дольше дру-

гих
отм
фик
след
чая
всег
как
стар
ско
что
эмбр
кору
боли
I
чест
пора
того
ных
Сущ
стоя
прим
с впе
ника
их г
часо
тель
В
отме
нии
боль
город
случа
мраче
реч
Сущн
болез
уши
Пр
слоен
под в
ситуа
гичес
указы
слоев
Тал
гие во
которые
ным с
Сол
дром
виваю
7 Псих

гих его элементов. Может быть имеет значение одно общее явление, отмеченное по отношению ко многим нервным ядам, например морфию, что ими прежде всего поражается кора. Поскольку последняя является органом сознания, постольку во всех этих случаях наблюдаются расстройства сознания. Но при этом больше всего и прежде всего страдает все-таки предметное сознание, так как сознание «я», сознание личности, больше связано с более старыми в генетическом отношении психическими слоями, и не только с корой, а может быть даже больше с подкорковыми узлами, тем более что они также представляют отшнуровавшуюся в ранние периоды эмбрионального развития и модифицированную в своей структуре кору и являются носителями инстинктов и стремлений, имеющих такое большое значение для определения личности.

Но во многих случаях на первый план выступают некоторые качественные расстройства, не только в смысле преимущественного поражения одной какой-нибудь группы элементов, но вследствие того, что происходят некоторые сдвиги во взаимоотношениях отдельных частей сознания, как бы расслоение психических механизмов. Сущность его сводится к тому, что сразу наступает своеобразное состояние, когда человек автоматически продолжает начатое дело, например продолжает идти для выполнения определенной цели. Хотя с внешней стороны больные не обращают на себя внимания решительно никакими странностями и особенностями поведения, все же сознание их глубоко расстроено. Это видно из того, что, когда через несколько часов, дней или недель такое состояние проходит, больные решительно не в состоянии что-нибудь вспомнить из этого периода.

В качестве такого, транса как особого расстройства сознания отмечаются случаи путешествий из одного города в другой в состоянии расстроенного сознания, например из Парижа в Бомбей, причем больные оказываются совершенно неожиданно для себя в чужом городе и не помнят, как они туда попали. Как думают теперь, такие случаи бывают не с эпилептиками, а с больными с истерическим помрачением сознания. Клейст описал эпизодические сумеречные состояния и отнес их к дегенеративным психозам. Сущность их остается не вполне ясна. Как можно судить по историям болезни, в части случаев речь идет о состоянии помрачения сознания у шизофреников или больных с циркулярным психозом.

При истерии, также в некоторых других случаях, возможно расслоение психики, дающее расстройства сознания другого типа. Иногда под влиянием сильных аффектов, каких-нибудь угрожающих личности ситуаций наступают особые состояния, которые, являясь по биологическому значению своего рода защитными реакциями, в то же время указывают на подавление деятельности позднейших психических слоев и на преобладающую роль элементов архаической психики.

Такой защитный характер имеют истерические и некоторые другие возникающие психогенным путем расстройства сознания. Некоторые из них по интенсивности расстройства соответствуют сумеречным состояниям сознания.

Совершенно своеобразен особый ганзеровский синдром, представляющий собой одну из истерических реакций и развивающийся после тяжелых психических травм, особенно часто

в связи с тюремным заключением или судебными процессами. Самое существенное сводится к тому, что при этом на самые простые вопросы даются совершенно бессмысленные ответы, производящие впечатление преднамеренного стремления того, кто отвечает таким образом, выдать себя за страдающего душевным расстройством, но нелепость ответов слишком грубо отличается от истинной симуляции. Такое состояние в зависимости от устранимости вызывающей причины длится не всегда одинаково, но в общем сравнительно короткое время.

Расстройства сознания, при которых страдает главным образом сознание «я», также довольно разнообразны. В некоторых случаях тенез явлений можно представить таким образом, что сознание «я» в своих установках возвращается к очень ранним периодам жизни, причем все поведение, интересы, манера держать себя и даже особенности речи принимают характер, свойственный маленьким детям: взрослая девушка начинает лепетать, как ребенок.

Можно развитие таких состояний психического инфантилизма рассматривать тоже как своего рода защитную реакцию, развивающуюся из инстинктивного стремления уйти от грозящих опасностей под защиту хотя бы и фиктивного убеждения сознания «я», что оно переживает детские годы и под охраной старших может не бояться никаких неприятностей. В других случаях приблизительно такая же картина развивается после инфекционных заболеваний, главным образом эпидемического энцефалита в детском, реже в юношеском возрасте. Здесь играет роль не психический момент, не бегство под защиту детского возраста, а то, что на развивающуюся психику органические процессы и в частности инфекции действуют таким образом, что как бы стирают все позднейшие ее приобретения, почему она возвращается к более первобытным отношениям. При постинфекционном, особенно метэнцефалитическом инфантилизме, вместе с иным механизмом развития представляет отличие и его картина. Здесь в силу расстройства взаимодействия между корковыми психическими механизмами и подкорковыми узлами связанная с последними жизнь стремлений, инстинктов как бы активизируется и получает доминирующее значение; в соответствии с этим помимо собственно пuerильных черт поведения выступают некоторые другие особенности, которые также представляют возврат к детским отношениям, но иного типа и окрашены наклонностью к некоторой аморальности—стремлением не отличать лжи от истины, брать чужие предметы и все, что попадает под руки; иногда кроме того, уже без отношения к возврату в детство,—такие черты, как наклонность нападать на других, агрессивность и сексуальное возбуждение, проявляющееся главным образом в мастурбации.

В некоторых случаях сознание «я» изменяется вследствие нарушения равновесия отдельных элементов, входящих в его структуру. Вследствие изменения чувства активности, в связи с тем, что переживания утрачивают личный характер (признак принадлежности именно нашему «я»), появляется особое состояние, которое носит название *деперсонализации*. При этом «я» кажется совершенно изменившимся, точно подмененным. Все, что было близко больному, также становится иным, чуждым; не радует вид близких, самых любимых людей; утрачивают значение прежние интересы и стремления. Изменения сознания этого рода свойственны вообще меланхоличес-

ски
деп
ства
сво
нет
и ра
свя
Но
«я»
но д
ност
пер
цим
ми,
изво
дени
так
чест
изо
стой
о ка
тел
втор
так
раст
свой
набл
шие
личн
себя
мать

Д
жива
изме
пече
данн
рых
ности
Зил
котор
жетс
не мо
психо
жден
сти,—
лежит

Се
у нек
Боль
удво
лов
каки
вать

ским состояниям и в частности депрессивной стадии маниакально-депрессивного психоза. В этих случаях нет все-таки нарушения единства «я», оно хотя кажется совершенно иным, с какими-то необычными свойствами, но все же остается нашим «я» и ничем иным. Здесь нет грубого нарушения контактов между отдельными элементами «я», и расстройство равновесия появляется вследствие того, что функции, связанные с некоторыми из них, оказываются резко заторможенными. Но возможны и более глубокие нарушения с утратой единства нашего «я». При этом отдельные переживания кажутся не только необычными, но даже принадлежащими какой-то другой как бы паразитарной личности. И при нормальных условиях обычно нет полной гармонии всех переживаний, и постоянно имеет место борьба между контрастирующими представлениями, противоположными чувствами и стремлениями, но все же они в конце концов объединяются в одно целое, дают известную равнодействующую, определяющую наше отношение к явлениям и поведение. Но иногда вследствие глубокого нарушения контактов происходит выпадение более или менее значительного количества переживаний, благодаря чему другие оказываются совершенно изолированными и не могут вступить в связь с тем, что образует постоянную основу сознания «я». В сознании получается представление о какой-то раздвоенности, и при наличии известного ослабления интеллекта может развиваться убеждение в существовании какого-то второго «я» в нашем сознании, какой-то второй личности, которая так или иначе влияет на основное «я», контролирует, осуждает и старается управлять действиями, толкая иногда на совершение не свойственных данной личности поступков. Такие состояния нередко наблюдаются при шизофрении. При этом, символизируя происшедшие в сознании изменения и проникновение в него какой-то другой личности, больные нередко говорят о себе в третьем лице, называя себя по имени, заявляя например: «он (больной) не будет принимать лекарства, он здоров и хочет домой».

Для понимания рассматриваемых явлений имеет значение анализ переживаний с некоторыми случаями органических заболеваний с фокусными изменениями. Сюда относится а н о з о г н о з и я — отсутствие сознания имеющегося дефекта, — описанная впервые Антоном. В особенности интересны данные, установленные Петилем и его сотрудниками, относительно некоторых поражений правого полушария, при которых парализованные конечности кажутся чужими. Ранее мы уже упоминали о наблюдениях Гофа и Зильбермана над некоторыми поражениями правой височной доли, при которых наблюдается отчуждение собственной речи — собственная речь кажется чужой и произносимой кем-то другим. Психотические явления конечно не могут быть рассматриваемы как симптомы местного поражения, но и при психозах в общем комплексе изменений, ведущих к таким явлениям отчуждения мыслей — сознания переживания чего-то, несвойственного личности, — большая роль изменений, аналогичных только что описанным, не подлежит сомнению.

Своеобразные изменения состояния сознания «я» наблюдаются у некоторых делириозных больных, переживающих бред двойника. Больному кажется, что тело его целиком или отдельные части его удвоены, что вместе с ним на постели находится какой-то другой человек, который как-то с ним связан; иногда этот двойник кажется каким-то болезненным придатком, заставляющим больного испытывать тяжелые мучения. Как показывает анализ таких случаев, боль-

ному сознанию в качестве такого двойника или придатка представляется его тело. При этом в отличие от шизофренического расщепления здесь этот двойник находится не внутри больного, а представляет что-то отдельное, находящееся вне, хотя и тесно связанное с ним. Характерно также, что в этих случаях имеется активное стремление освободиться от этого двойника как от чего-то постороннего и чуждого.

Под именем раздвоения сознания известны особые случаи истерии, описанные старыми авторами, когда вся жизнь, начиная со времени болезни, состоит в чередовании периодов, в каждом из которых больной выступает с совершенно особыми свойствами, с другими чертами характера, интересами, стремлениями и даже как будто с различными степенями интеллектуальной одаренности. Большей частью наблюдаются два таких разных состояния сознания, но иногда больше; описан даже случай, когда чередовались шесть разных состояний. Обычно в каждом из них больной из прошлой жизни помнит только то, что было в аналогичном состоянии, и не помнит, что было в другом, но иногда из этого общего положения бывают исключения. Структура состояний сознания здесь не вполне ясна. Несомненно, что речь идет о значительном участии психогенных моментов, под влиянием которых происходит известное расслоение психических механизмов с расстройством сознания, главным образом касающегося «я». Для более ясного представления о таких случаях считаем целесообразным привести выдержки из истории болезни известной Фелиды, которая была описана французским психиатром Азамом.

Это истерическая женщина, которая жила двойной жизнью и поочередно переходила из одного состояния в другое: эти состояния Азам называет первым и вторым. В своем первом, нормальном, состоянии она спокойна, сдержанна, даже несколько грустна, серьезна и трудолюбива. Но время от времени, приблизительно раз в неделю, она впадает в глубокий сон и из него выходит совершенно другой, — наступает ее второе состояние: она делается веселой, оживленной, изобретательной и кокетливой. В это время она помнит все, что происходило во время подобных же предшествовавших состояний и во время ее нормальной жизни. Так продолжается более или менее длинный промежуток времени, затем наступают снова припадок сна и возвращение опять в первое состояние, в котором она однако не помнит ничего, что происходило в ее втором состоянии. Так, сделавшись беременной во втором состоянии, она, возвратившись в свое первое состояние, совершенно не понимала что с нею. С годами она применилась более или менее к своей двойственной жизни и довольно искусно скрывала свою болезнь. Так однажды, возвращаясь с похорон родственницы, она сидела в экипаже с другими дамами, и в это время она перешла из одного состояния в другое. Она решительно не знала, почему она в трауре, какую покойницу хвалят ее спутницы, но искусными вопросами выпуталась из затруднения и снова могла ориентироваться.

6. РАССТРОЙСТВА ЭФЕКТОРНЫХ ФУНКЦИЙ

Впечатления, воспринимаемые органами чувств и прежде всего зрением и слухом, дают материал для сложной работы мозга, результатом которой являются как отдельные движения, так и все поведение в целом. Поскольку изучение двигательных актов допускает применение вполне объективных методов с возможностью точного математического выражения получаемых результатов, постольку ему придается большое значение и в нормальной психологии. Оно лежит в основе двух направлений, имеющих право на внимание при изучении

сущности психических явлений, именно психологии поведения, и учения о высшей нервной деятельности, разрабатываемого школой Павлова. Выяснение этой стороны естественно имеет очень большое значение и в психиатрии. То, что пока сделано в этом отношении, добыто главным образом путем наблюдения, в меньшей степени при помощи эксперимента, в частности применения метода условных рефлексов. Если сведений, полученных этими путями, оказывается недостаточно для того, чтобы нормальную психологию построить как рефлексологию, то еще больше это относится к области патологии. Но и в настоящий период изучения психологии и психопатологии ознакомление с движениями и поведением в целом нужно ставить очень высоко. По отношению к душевнобольным можно даже сказать больше: ввиду затруднения контактов с ними и меньшей возможности для них отдавать отчет в своих переживаниях именно объективные методы у них имеют особенно большое значение. Это относится к анализу не только всего поведения в целом как отражения более или менее сознательной психической деятельности, направленной к определенной цели, но и отдельных движений. Структура последних нередко точно указывает на затронутые в том или другом случае церебральные механизмы, а выяснение этого обстоятельства может очень много дать для точного установления процесса, лежащего в основе наблюдаемой клинической картины. Лучше всего можно видеть это на примере каких-нибудь резких отклонений от нормы, например на анализе состояний возбуждения. Последние очень часты при психозах, по крайней мере в течение известного периода заболевания, и если считают, что процентов 30—35 всех душевнобольных хотя бы на время нуждаются в помещении в психиатрическую больницу, то это главным образом обуславливается их возбуждением с частыми разрушительными и агрессивными наклонностями. Разнообразные картины возбуждения легче понять, если к изучению их применить принцип разделения соответственно затронутым в том или другом случае церебральным аппаратам.

Очень часто для объяснения явлений приходится предполагать возбуждение коры, ведущее к более или менее значительному повышению деятельности не только в сфере движений, но и эмоций, равно как и интеллекта. Наблюдающееся в таких случаях возбуждение со времени Вернике принято называть психомоторным; оно типично для многих психозов, сопровождающихся возбуждением, и прежде всего для маниакально-депрессивного психоза. В очень многих случаях большое значение имеет выяснение вопроса, имеется ли налицо стремление к деятельности, представляющей характер чего-то целевого, или только стремление производить отдельные движения. Для психомоторного возбуждения типично стремление к деятельности; это в особенности ясно и отчетливо выступает, если оно разворачивается на фоне маниакального состояния как фазы циркулярного психоза. Типичным в данном случае нужно считать также универсальность возбуждения и гармоничность всех его проявлений и полную понятность его с точки зрения какой-нибудь объединяющей идеи. Маниакальный больной не просто возбужден; он все время что-то старается делать; он много при этом говорит, и речь его находится в полном соответствии с тем, что он делает; кроме того он много жестикулирует,

и его жестикуляция, равно как и все выразительные движения, вполне адекватны тем мыслям и желаниям, которыми он воодушевлен в данный момент. Типично для такого двигательного возбуждения, что оно сопровождается повышением самочувствия и интеллектуальной продуктивности.

Такая картина возбуждения, как ясно даже из ее краткой характеристики, предполагает полную сохранность мозговой структуры и потому наблюдается далеко не при всех психозах. В очень большом количестве случаев душевных заболеваний, сопровождающихся глубокими нарушениями строения не только коры, но и всего мозга, аналогичное возбуждение коры не дает той полноты разнообразия движений, которые свойственны только что описанному состоянию. Сравнительно с ним возбуждение здесь более однообразно и до известной степени частично; кроме того оно отягчается теми или другими специальными признаками, характеризующими отдельные мозговые процессы. При разрушении путей с нарушением связей между отдельными группами нервных элементов возникающее где-либо возбуждение не генерализуется, а остается ограниченным в одной какой-нибудь области. Такого рода частичные возбуждения наблюдаются при всех психозах, сопровождающихся органическими изменениями в мозгу, но более всего они типичны для шизофрении со свойственной ей расщепленностью отдельных сторон психических переживаний. Нередко наблюдается, что возбуждение ограничивается только речью; так например шизофреник, совершенно покойно лежащий в постели, без умолку выкрикивает какие-нибудь слова. С другой стороны, иногда можно наблюдать, что больной, сохраняющий полное молчание, все время проделывает какие-нибудь движения; иногда двигательное возбуждение, будучи довольно интенсивно, ограничивается пределами постели. При разрушении известного количества путей или при нарушении их проводимости в результате каких-либо других причин возбуждение не может передаваться из своего источника по всем возможным направлениям, а должно постоянно возвращаться на одни и те же пути, приводя к повторению в однообразной форме каких-нибудь движений. В наиболее яркой форме это сказывается на особенно тонких движениях, какими нужно считать речевые. Тогда как маниакальному возбуждению соответствуют большое разнообразие и продуктивность речи, при шизофрении, равно как и при других ослабоумливающих процессах, дело часто сводится к повторению одних и тех же фраз или слов, иногда к бессмысленному нанизыванию одного слова на другое. Понятие *стереотипии* — повторение одних и тех же движений — установлено еще Кальбаумом; стереотипия наблюдается не только в речи, но и вообще в движениях и выражается в повторении одного и того же двигательного акта, например в хлопании ладонями, в раскачивании всем телом, в круговых движениях всем туловищем и т. п. От стереотипий в речи нужно отличать особое расстройство, заключающееся в чисто судорожном повторении одного какого-нибудь слова, например последнего слова фразы, и носящее название *палилалии*; чаще всего оно наблюдается при эпидемическом энцефалите и при других заболеваниях с поражением подкорковой зоны и стволовой части; в отличие от шизофренической стереотипии больной здесь сознает ненужность делаемых им повторений, но

не может противостоять возникающим импульсам. Вследствие аналогичного нарушения проводимости в нервных путях, зависящего от их разрушения или увеличения сопротивления, могут возникать особые расстройства, которым Клейст дал название короткого замыкания. При этом внешнее раздражение, вместо того чтобы включить ряд сложных процессов, дающих ■ результате вполне адекватную реакцию в виде например сознательного ответа, вполне соответствующего существу вопроса, дает реакцию, только с формальной стороны могущую считаться таковой, всегда более простую и скорее механическую; ее можно понять так, что процесс нервного возбуждения от своего источника до конечного двигательного разряда идет более сокращенным путем. Такими реакциями могут считаться например э х о л а л и ч е с к и е ответы, когда вместо ответа на вопрос последний просто повторяется ■ неизменной форме; к эхολалическим проявлениям нужно отнести и такие случаи, когда больной повторяет отдельные слова или фразы, произносимые другими. Аналогичным путем возникает механическое повторение действий, производимых другими, э х о п р а к с и я. Стерзотипией речи ■ движений, вербигерацией, бессвязностью речи, эхολалией и эхопраксией характеризуется особое возбуждение, часто наблюдаемое при кататонической форме шизофрении, почему его и называют просто кататоническим.

Как показали наблюдения над инфекционными заболеваниями и в особенности над эпидемическим энцефалитом, возбуждение может возникнуть ■ результате раздражения подкорковых центров. Таким путем нужно объяснять нередко наблюдающиеся у больных а т е т о з н ы е, т и к о з н ы е, х о р е о б р а з н ы е, х в а т а т е л ь н ы е, б р о с а т е л ь н ы е и другие движения. Агрессивность, очень часто наблюдаемая у душевнобольных, именно склонность нападать на окружающих, может иметь неодинаковое происхождение. Она может быть результатом психического возбуждения при ослаблении задерживающих влияний, имеющим место при маниакальном состоянии и при возбуждениях другого характера; но она может быть последствием бредовых установок, являясь реакцией защиты от воображаемых врагов; наконец она может быть подкоркового происхождения, возникая ■ результате импульсов, которым кора оказывается не в состоянии дать сопротивление. Такого рода агрессивность со стремлением кусать, царапать нередко встречается в картине психических изменений на почве эпидемического энцефалита. Такого же происхождения иногда и м п у л ь с и в н ы е п о с т у п к и — ничем не вызванные неожиданные двигательные акты, например внезапное вскакивание с постели, набрасывание на других, неожиданное нанесение повреждений себе и другим, иногда такие же неожиданные попытки самоубийства. Такой именно характер носят импульсивные действия, если источником для возникновения их является подкорковая зона. Но иногда эта внезапность и немотивированность — только кажущееся явление; действия, производящие впечатление импульсивных, могут возникать в результате каких-нибудь стимулов, имеющих логическое обоснование с точки зрения больного, но оставшихся неизвестными благодаря недоступности его внутреннего мира. Такой генез имеют импульсивные действия в особенности у шизофреников, у которых они вообще очень часты. Что касается попыток са-

моубийства, то хотя иногда они и возникают чисто импульсивным путем, но обычно имеют более сложное происхождение. Прежде всего эти попытки очень часты у душевнобольных. Если теперь и не думают, как французские психиатры в середине XVIII столетия, что самоубийство и душевное расстройство—одно и то же, то все-таки остаются фактом очень большие корреляции между ними или по крайней мере между самоубийством и психопатиями. Если самоубийство совершается не всегда при наличии вполне выраженного психоза, то обычно это бывает временное психическое угнетение, являющееся в свою очередь результатом комбинированного действия психической неустойчивости и тяжелой жизненной ситуации. Последняя может оказаться настолько исключительной, что самоубийство может представиться естественным и даже неизбежным выходом и для вполне уравновешенной психики. Мюнхенский исследовательский психиатрический институт делит все покушения на самоубийство на психотические и бытовые. Такое деление имеет основания и представляет удобство для статистики, но оно далеко не всегда может быть проведено с полной определенностью по формуле или—или, так как могут играть роль оба момента одновременно. Что касается покушений на самоубийство у душевнобольных в собственном смысле, то у них оно во всяком случае во много раз чаще, чем у лиц, не представляющих явлений душевной болезни. Механизмы, приводящие к самоубийству душевнобольных, находятся в тесной связи с существом болезни и не всегда одинаковы. Чаще всего это состояния глубокого угнетения, распространяющегося и на такие прочные психические образования, как инстинкт самосохранения. Со стороны клинической характеристики речь идет обычно о больных, страдающих циркулярным или пресенильным психозом. Попытки самоубийства могут быть связаны с галлюцинациями императивного характера или с бредовыми идеями: так нередко бывает у шизофреников. Очень часты покушения на самоубийство у психопатов, и это вполне понятно ввиду свойственной им импульсивности и неустойчивости, делающих их особенно доступными неблагоприятным влияниям окружающей среды. У истеричек покушения на самоубийство, представляя по своему генезу много общего с такими же действиями психопатов, часто носят бутафорский характер, имея целью главным образом произвести впечатление на окружающих. У детей покушения на самоубийство иногда носят такой же характер, иногда же являются результатом подражания аналогичным действиям взрослых.

С о с т о я н и я у г н е т е н и я в двигательной сфере менее разнообразны, чем явления возбуждения, но встречаются также очень часто. В легких случаях можно говорить об известной вялости и нерешительности, иногда об абупии, которая особенно свойственна некоторым невротикам. Очень частый симптом—ослабление инициативы, слабость или полное отсутствие спонтанных побуждений. В очень многих случаях это явление может быть рассматриваемо как прямое последствие поражения известных отделов мозга и прежде всего лобных долей. Помимо других фактов патологии об этом в особенности можно судить по клинической картине опухолей лобных долей и еще больше по так называемой пикувской болезни; при ней самое характерное—вялость, угасание интересов к чему бы то ни

было, а на секции обнаруживается резко выраженная атрофия, локализуемая чаще всего в лобных долях. Поскольку атрофические изменения при всех психических заболеваниях более всего бывают выражены в передних отделах, постольку понятно, что слабость инициативы—постоянное явление не только при пиковской болезни. С другой стороны, слабость инициативы может иметь исходным пунктом поражение не лобных долей, а подкорковой зоны.

Берце в генезе понижения психической активности большое значение придавал изменениям мозгового ствола и думал, что оно лежит в основе шизофрении. Несомненно с большим основанием можно принимать такое объяснение по отношению к психотическим состояниям метэнцефалитического характера. Гауптман самым существенным моментом в таких случаях считает недостаточность побуждений (Antrieb). Первичным здесь является поражение моториума, но с ним связано расстройство мышления и аффективности. В наиболее тяжелых случаях отмечается затруднение течения представлений. Сам больной ясно сознает, что ему ничего не идет в голову, что мысли его останавливаются, что нарушается их связность, утрачиваются целеустремленность и единство. Слабости побуждений соответствует и недостаточная сила аффективности, переживаемая самим больным как скука, пустота, отсутствие интереса, аффективное равнодушие. О слабости побуждений несомненно можно говорить при целом ряде заболеваний, хотя относительно сущности этого понятия мнения авторов различны. По мнению Герстмана и Шильдера явления, которые могут быть названы расстройством побуждения, разыгрываются на низших ступенях психического функционирования и не могут быть сознаваемы. Навилль (Naville) самым существенным для метэнцефалитизма считает замедление психического темпа—брадифрению. О такой брадифрении можно говорить и по отношению к органическим психозам вообще. Таким образом ослабление инициативы может стоять в связи с поражением не только лобных долей, но и подкорковой зоны. В том и другом случае имеются свои отличительные особенности, причем нередко компоненты того и другого типа могут быть смешаны. Из сказанного далее видно, что двигательные компоненты не являются чем-то изолированным, а находятся в тесной связи с интеллектуальными и эмоциональными. Недостаточная психическая активность по мнению Берце может привести к особым, так сказать гипотетическим, расстройствам восприятия. Они заключаются в том, что больной остается как бы на поверхности, выхватывая из всего комплекса только отдельные фрагменты; его внимание приковывается к одному какому-либо пункту; новые впечатления не увязываются со старыми, в результате лицо может оказаться картина своеобразного слабоумия, для которого исходным пунктом являются расстройства восприятия, стоящие в связи со слабостью подкорковых побуждений, почему Штоккерт и считает возможным выделять подкорковое слабоумие.

Иногда двигательное заторможение может быть выражено гораздо более значительно и принимает форму полного прекращения движений, как бы двигательного окоченения, носящего название ступора. Это обозначение в особенности применимо к состоянию двигательного заторможения при шизофрении. В этом случае имеет место полная остановка движений, причем ступор оказывается совершенно неподатливым, не уступает ни психическим ни каким-либо другим воздействиям. В отличие от этого двигательное заторможение, наблюдающееся при тяжелых депрессиях, не обнаруживает такой неподатливости. Хотя больной остается почти без движений, сохраняя при этом полное молчание, все же при настойчивых вопросах можно добиться еле слышных ответов шепотом или каких-либо иных ответных движений. Такой же характер носит ступор, возникающий с каким-нибудь тяжелым психическим потрясением (психогенный

с т у п о р). Иногда не наблюдается ступора в собственном смысле, но больной обнаруживает склонность долго оставаться в одном положении, причем обнаруживается тенденция как бы застыть в одной позе. Это явление носит название *восковой гибкости* и чаще всего встречается при шизофрении. Оно до известной степени зависит от своеобразного изменения химизма мышечной ткани, делающего кривую сокращения более растянутой с более высокими восходящей и нисходящей частями; при этих условиях всякое движение затруднено и естественна тенденция не изменять своего положения. От этого нужно отличать такое явление, когда рука больного, поднятая экспериментатором, остается на некоторое время висеть в воздухе только потому, что самое поднимание руки усваивается как внушение.

В очень многих случаях расстройства движений не могут быть отнесены ни к угнетению ни к возбуждению в чистой форме, а представляют смешанный и притом более сложный характер. Для оценки таких картин нужно принять во внимание, что на характер получаемых расстройств влияют не только собственно отклонения, вызванные болезнью, но и особенности моторики больного, свойственные ему как определенному психофизическому типу (плавность и закругленность в движениях так называемых циклоидов, угловатость и неуклюжесть шизоидов). Но очень много приносится и самой болезнью. В случаях с органическими изменениями нередко уже в самом начале болезни выступают какие-то особенные нарушения в движениях, дающие право говорить об утрате свойственной нормальному функционированию грации движений. Эта особенность может быть одним из самых ранних симптомов, например при шизофрении и прогрессирующем параличе. Многие расстройства в совершении двигательных актов можно рассматривать как результат включения особых механизмов, не обнаруживающих своего действия в нормальном состоянии. Сюда нужно отнести *негативизм* и уже упомянутую пассивную подчиняемость приказаниям со стороны. В первом случае речь идет о стремлении противиться всякому внешнему воздействию не потому, чтобы оно было неприятно или вызывало какие-нибудь возражения по существу, а в силу какого-то стихийного стремления делать все наоборот. Приходится думать, что здесь выявляются к жизни какие-то особые механизмы, действовавшие в известные периоды филогенетического развития, равно как и у маленького ребенка, но заторможенные у взрослого. Ребенку при его стремлении к утверждению своей личности свойственно делать все наоборот, равно как и слушаться внушений, если они делаются в тоне безусловного приказания. В этих случаях речь идет о воздействии не на сознательную волю, а на более элементарную *гипобулику* — примитивную жизнь инстинктов и стремлений. Выявление архаических механизмов, характеризующих эту гипобулику, иногда является результатом разрушения коры и расторможения благодаря этому более примитивных влечений.

Естественно, что как негативизм, так и пассивная подчиняемость часто наблюдаются при шизофрении, равно как вообще при состояниях слабоумия. Но иногда включение архаических механизмов может иметь место в результате психической травматизации, как бы-

вает
ное м
стер
соста
понят
при п
ным
дура
ков.
больн
измен
тельн
вооб
ние в
сание

Ка
душе
дель
шая—
предо
доват
же от
собой
колич
вести
чезаю
симпт
сов. П
чаях
их пр
четан
рым
вития
отдел
вания
являю
пл
вплот
в вид
плек

В
ство с
что о
перь
тивн
итти
циаль
щам
смысл
к так

вает например при истерических реакциях. Негативизм, иногда полное молчание — м у т а ц и з м, пассивная подчиняемость вместе со стереотипией, эхолоалией и склонностью к застыванию в одних позах составляет группу так называемых кататонических симптомов. Как понятно из приведенных данных, их особенно часто можно встретить при шизофрении, равно как при органических психозах. К качественным расстройствам поведения нужно отнести также м а н е р н о с т ь, дурашливость, странности разного рода, наблюдаемые у шизофреников. К расстройствам двигательной-волевой сферы относится еще большое количество явлений — различные виды дрожания, судорог, изменение почерка; очень много данных, характеризующих двигательную-волевую сферу, можно получить при изучении рисунков и вообще продуктов творчества душевнобольных. Более полное изложение всех этих данных целесообразнее всего сделать в связи с описанием отдельных заболеваний.

7. СТРУКТУРА ПСИХОЗА. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ПСИХОЗА

Как можно видеть из содержания предыдущих глав, симптоматика душевного расстройства чрезвычайно разнообразна. В каждом отдельном случае констатируется только часть — и обычно очень небольшая — из всего того, что бывает вообще при психозах. Легко поэтому представить себе обилие разного рода комбинаций симптомов и следовательно чрезвычайно большую пестроту клинических форм. Все же отдельные симптомы не являются величинами, вступающими между собой только в отношения случайных сочетаний. Изучение большого количества клинических случаев дает возможность видеть, что известные симптомы почти постоянно вместе появляются, вместе и исчезают, причем это может наблюдаться не только относительно двух симптомов, но и большего количества их — целых групп или комплексов. Можно думать, что между отдельными симптомами в этих случаях имеется какое-то внутреннее сцепление, так что вся группа их представляет известное единство. На такое частое повторение сочетания одних и тех же симптомов было обращено внимание еще старыми психиатрами. Естественно, что если в известные периоды развития в качестве особого душевного заболевания фигурировали даже отдельные ярко бросающиеся в глаза симптомы, то еще больше основания было принимать за таковые то, что с нашей точки зрения является только сочетанием симптомов, или с и м п т о м о к о м п л е к с о м. Мания и меланхолия считались особыми болезнями вплоть до самого последнего времени, тогда как, если не иметь в виду некоторых специальных случаев, это только симптомокомплексы.

В эпоху, предшествующую Крепелину, чрезвычайно большое количество случаев относилось к аменции как особой болезни на основании того, что они обнаруживали картину расстроенного сознания. По принятым теперь взглядам в большинстве этих случаев можно говорить только об аменции в симптоматическом смысле, как особой форме реакции, и о болезни может идти речь лишь в немногих случаях с особой структурой и при наличии специальной этиологии. Прежняя точка зрения, хотя и не вполне соответствующая действительному положению дела, оказалась все-таки очень ценной в том смысле, что она делала обязательными особенно внимательное отношение к таким симптомокомплексам и тщательное их изучение. В период увлече-

ния нозологическими принципами при попытках установления строго обособленных единиц симптомокомплексов придавалось меньшее значение. В последнее время опять возрос интерес к симптомокомплексам. Стали вспоминать, в частности К. Шнейдер, что и раньше отдельные психиатры, например Гоше, высказывали взгляд, что психиатрия не знает собственно психозов, а только одни симптомокомплексы, которые являются как бы единицами второго порядка в противоположность единицам первого порядка — симптомам. Название «единица» в этом случае применяют не в смысле нозологического понятия, а имея в виду известное внутреннее единство симптомов, составляющих как бы одно целое. Симптомокомплексы иногда исчерпывают собой, по крайней мере в известные периоды течения болезни, все ее содержание, чаще же кроме признаков, относящихся к симптомокомплексу как таковому, наблюдаются другие, свойственные существу болезни, на фоне которой они в данном случае развились. Например маниакальный симптомокомплекс может наблюдаться как одна из фаз маниакально-депрессивного психоза и в этом случае может быть наблюдаем в чистом виде, без примеси симптомов какого-нибудь иного происхождения. Его же можно констатировать при некоторых органических заболеваниях, которые в этих случаях дают свои специальные симптомы, не входящие в картину маниакального симптомокомплекса. Явления, характерные для того или другого симптомокомплекса, обычно не остаются неизменными в течение всей болезни; они могут исчезать, вновь появляться, изменяться так, что в конце концов могут представить почти противоположное тому, что наблюдалось вначале. Ввиду того что симптомокомплексы таким образом характеризуют собой известный период болезни, они являются состояниями, которые могут меняться, почему их иногда и называют просто состояниями или картинами состояний. Нередко применяется также термин синдром, иногда в смысле, равнозначном симптомокомплексу, иногда для обозначения понятия более сложного, предполагающего особенное богатство симптомов и ближе подходящего к понятию болезни. Наиболее целесообразно употреблять его именно в этом смысле, например когда говорят о паранойальном синдроме, о корсаковском синдроме и, с другой стороны, о маниакальном или меланхолическом симптомокомплексе, а не синдроме. Если держаться такого определения, то естественно чаще придется говорить о симптомокомплексе, картине состояния, чем о синдроме. Для понимания сущности заболевания в каждом отдельном случае, для уяснения структуры психоза большое значение имеет ознакомление с симптомокомплексам и синдромами. Часто повторение вместе одних и тех же симптомов и повторение при разных заболеваниях одинакового состояния говорит о каких-то общих условиях происхождения и открывает возможность выяснить очень важный вопрос о ближайших механизмах развития и о всех причинах, имеющих значение в каждом отдельном случае. Стремясь к уяснению сущности психоза в целом, психиатрия не должна оставлять без внимания вопрос о генезе отдельных его составных частей. Такая точка зрения тем более должна считаться правильной, что, не зная в большинстве случаев сущности психоза, психиатры и в терапевтических стремлениях принуждены главным образом иметь в виду симптомы, а не болезнь в целом, так что терапия душевных болезней больше пока является симптоматической. Естественно поэтому, что после изучения психических феноменов, носящих характер отдельных признаков, следует перейти к ознакомлению с картинами состояния или симптомокомплексам.

М а н и а к а л ь н ы й с и м п т о м о к о м п л е к с характеризуется общим повышением, отчасти ускорением психических процессов. В интеллектуальной сфере он выражается в оживленном течении представлений, доходящем до скачки мыслей, в отвлекаемости и в очень большой неустойчивости внимания. Течение мыслей мало подчиняется целевым представлениям и больше идет в сторону побочных, случайных ассоциаций. Мышление носит печать поверхностности, легкомыслия и, ввиду того что не подчиняется одному какому-нибудь плану, совершенно хаотично, не оказывается в той мере продуктивным, как бы следовало ожидать, имея в виду полную сохранность

формал
ного. П
умений
способ
сказать
ставляе
преув
нибуд
Больн
вопрос
носит х
оно в т
резко
нию во
большо
ных. В
вости, п
любви
в речи
обнаже
также
в бесп
деть на
этом он
не дово
поведен
объедин
ных сте
повторе
больног
ния тех
тельнос
сем, ст
столкно
агресси
лением
хотя не
смотря
щаясь и
не чувст
стройств
Дел
томо
противо
характер
гостным
требуе
чаях по
помина
случае
лектуал

формальных способностей интеллекта и большую активность больного. При отдельных метких замечаниях, остроумных сравнениях, умении быстро подметить отдельные явления больным не хватает способности вести планомерную интеллектуальную работу. Можно сказать, что мышление их блещет отдельными искорками и не представляет ровно горящего пламени. При повышенной самооценке, преувеличении своих талантов и достоинств дело не доходит до каких-нибудь резко выраженных или абсурдных бредовых идей величия. Больные очень доступны, с полной готовностью отвечают на всякие вопросы. Самочувствие как правило более или менее резко повышено, носит характер то простой веселости то резко выраженной эйфории; оно в то же время очень неустойчиво, и часто возникают приступы резко выраженного раздражения. Иногда эмоциональному состоянию вообще свойствен оттенок недовольства, раздражения. Имеет большое значение более или менее выраженный эротизм таких больных. В легких случаях он выражается в стремлении к особой кокетливости, в постоянном возвращении при беседах с окружающими к темам любви и брака. В более резких случаях выступают на сцену цинизм в речи и поведении, полная утрата чувства стыдливости с бесстыдным обнажением половых органов, с мастурбацией. В двигательной сфере также отмечается возбуждение. Больные много, без умолку говорят, в беспорядке переходя от одной темы к другой, не могут покойно сидеть на одном месте и все время стремятся что-нибудь делать. При этом они все время переходят от одного дела к другому и ни одного не доводят до конца. Такой же хаотический характер носит и все их поведение, которое всегда остается поспешным, непродуманным, не объединенным каким-нибудь одним планом. Но все же даже при сильных степенях возбуждения оно не бессмысленно и не носит характера повторения одного и того же движения. Возбуждение маниакального больного по крайней мере всегда представляет ряд попыток совершения тех или других целесообразных поступков. Стремление к деятельности выражено также в криках, пении, танцах, в писании писем, стихов. Большая раздражительность больных ведет к частым столкновениям с окружающими, кончающимся нередко совершением агрессивных поступков. Все поведение больного характеризуется усилением влечений и ослаблением задержек. У больных повышенный, хотя нестойкий интерес ко всему, обычно повышенный аппетит. Несмотря на очень продолжительное возбуждение, которое, не прекращаясь и ночью, может продолжаться месяцами и дольше, больные не чувствуют обыкновенно никакого утомления. Очень обычны расстройства сна и потеря в весе.

Депрессивный, или меланхолический, симптомом во всех отношениях представляет полную противоположность предыдущему. Для интеллектуальной сферы характерно общее замедление и затруднение, сопровождаемое очень тягостным субъективным чувством. Всякая интеллектуальная работа требует большого напряжения и мучительных усилий. В тяжелых случаях почти невозможными оказываются такие простые акты, как припоминание имен своих близких. При всем этом больные ни в коем случае не могут считаться слабоумными, так как почти всякое интеллектуальное задание, хотя и ценой крайнего напряжения, в конце

концов может быть выполнено. Нельзя говорить также и о полной остановке течения мыслей. Характерны бредовые идеи самообвинения и греховности, также бредовые идеи преследования. Что касается эмоциональных переживаний, то над всем доминирует чувство безысходной тоски, иногда доходящее до крайних пределов. Нет места не только для какого-нибудь радостного, но и просто приятного переживания. Кроме собственно тоски иногда бывает резко выражено чувство безотчетного страха. Такое же угнетение имеется и в двигательной сфере. Влечения крайне ослаблены или совершенно отсутствуют. Не хочется ничего видеть, ничего делать; также бывает ослаблено влечение к еде. Движения медленны, очень ограничены в количестве. Голос тихий, еле слышный, речь односложная, но вполне осмысленная. Почти постоянным мыслям о самоубийстве соответствуют нередко и очень упорные попытки самоубийства.

Аментивный симптомокомплекс характеризуется главным образом расстройством сознания, которое распространено на все его элементы, в том числе на сознание «я». Больной оказывается в состоянии полной беспомощности и неспособности разбираться в собственном положении, в окружающих обстоятельствах, не узнает своих близких, не понимает обращенных к нему вопросов и ничем не реагирует на окружающее. Состояние растерянности еще более усиливается благодаря нередко наблюдающимся обманам чувства и двигательному беспокойству, но в основе его лежат явления расстроенного сознания с утратой активности и внутреннего единства, обуславливающие полную неспособность даже к простым синтезам. Благодаря глубокому затемнению сознания в случае выздоровления или настолько значительного улучшения, что становится возможным сознательное отношение к прежней болезни, по отношению к прошлому обнаруживается полная амнезия. Аментивное состояние в качестве эпизода может наблюдаться при различных заболеваниях — при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, органических заболеваниях, а также при инфекционных психозах; в последнем случае, равно как и на почве истощения другого происхождения, оно может представлять картину, имющую известную самостоятельность.

Элементы спутанности могут в некоторых случаях комбинироваться с делиранными явлениями, но делиранные или лучше делириозные состояния по существу представляют нечто совершенно своеобразное и самостоятельное. Самое существенное заключается в наплыве большого количества преимущественно зрительных и слуховых галлюцинаций. Последние носят характер полнейшей яркости, реальности, очень часто представляют целые сцены, в которых больной является или только зрителем или более или менее активным участником. Все поведение больного находится в зависимости от содержания этих галлюцинаций и обычно окрашено резко выраженной эмоциональностью. Соответственно этому очень обычно более или менее значительное двигательное беспокойство. Обильные галлюцинаторные переживания затрудняют ориентировку в месте и во времени, но в то же время сознание своего «я» остается совершенно неповрежденным; больные таким образом дезориентированы, но вполне осмысленны. Поэтому и воспоминание о переживаниях во время такого состояния обычно сохраняется

почти
являе
состоя
каино
септич
мичес
опухо
сти ли
сохра
гопри
прохо
и «дел
них по
явлен
же—п

Д
влияют
щихся
Больн
держа
тие; в
ные от
ранти
состоя

Д
котор
похож
жими
характ
словло
при ш
заболе
структ
в инте

Не
с о с т
званий
ства. С
с дел
Самое
Пацие
идет с
иногда
больш
тильн
причи
можно
цувск
на з в
в л и
нужно
ческих
вопрос
тельно
синдр
называ
тике с

почти в полной мере. Прототипом таких делириозных состояний является известная картина белой горячки. Такие же делириозные состояния наблюдаются и при других интоксикациях, например кокаином, беладонной, вероналом и другими ядами; они нередки и при септических и инфекционных заболеваниях, в частности при эпидемическом энцефалите, иногда при травматических повреждениях и опухолях мозга. Отсутствию грубых нарушений психики и сохранности личности, которая в противоположность аментивным состояниям сохраняет свою активность и единство, соответствует и хорошее благоприятное течение делириозных состояний, которые сами по себе проходят, не оставляя никаких следов. Термины «делирантный» и «делириозный» являются в сущности синонимами, но первый из них по нашему мнению лучше применять для обозначения отдельных явлений, относящихся к состоянию, о котором идет речь, второй же — по отношению ко всему состоянию в целом.

Делирантные сумеречные состояния представляют один из видов истерических расстройств сознания, наблюдающихся в связи с арестом или другим волнующим переживанием. Больные находятся в каком-то особом состоянии грез, причем на содержание их оказывает большое влияние травматизировавшее событие; вместе с тем наблюдаются растерянность, сонливость, неправильные ответы, иногда ребяческое поведение. Э. Крепелин термин «делирантный» применял также по отношению к некоторым бредовым состояниям, развивающимся после гриппа.

Довольно близки к делириозным состояниям они родные, понятие о которых введено Майером-Гроссом. Как показывает само название (*überhört* — похожий на сон), и это — состояния, характеризующиеся обильными, похожими на сон видениями, реже галлюцинаторными переживаниями другого характера с склонностью к известной систематизации. Это эндогенно обусловленные состояния, наблюдаемые в качестве эпизода, главным образом при шизофрении, отчасти при маниакально-депрессивном психозе и других заболеваниях. От делириозных состояний помимо некоторых особенностей структуры и отсутствия экзогенности они отличаются большими колебаниями в интенсивности болезненных явлений.

Несколько иную картину представляет ониризм, или онирические состояния французской психиатрии (Клод, Бенон), хотя, судя по названию (онирические — сновидные), можно было бы ожидать полного тождества. Они наблюдаются или в качестве самостоятельной картины или вместе с делириозными состояниями или какими-либо явлениями спутанности. Самое существенное для них — это галлюцинации без делирия и без бреда. Пациент сознает ситуацию и сохраняет ориентировку. Почти всегда речь идет о ночных галлюцинациях, обильных, разнообразных и подвижных; иногда содержание их имеет отношение к профессии, по характеру они большей частью неприятны. Это чаще всего зрительные, слуховые или тактильные галлюцинации. Возникают такие состояния быстро. Самая частая причина — алкогольная интоксикация. К галлюцинаторным состояниям можно отнести также так называемый синдром Клерамбо французской школы или синдром душевного автоматизма, называемый также синдромом эхо, синдромом влияния и некоторыми другими именами. Для понимания его сущности нужно учесть, что французская психиатрическая мысль в вопросе о хронических галлюцинаторных и бредовых заболеваниях и в связанном с этим вопросе о раннем слабоумии — шизофрении — всегда шла иным путем сравнительно с немецкими исследователями. Генетически развитие учения об этом синдроме связывается с психическими галлюцинациями Бейаржера и так называемыми психомоторными галлюцинациями Сегла. В своей симптоматике он представляет значительные вариации, чем объясняется большое

количество предложенных для него названий. Самое характерное, насколько можно понять несколько расплывчатое описание авторов и в том числе самого Клерамбо, заключается в сочетании своеобразных псевдогаллюцинаторных переживаний с пассивным отношением к ним, без стремления взять их под контроль, управлять ими. Последнее обстоятельство собственно и дает право обозначать Синдром как душевный или психический автоматизм. В части случаев на первом плане стоит своеобразный поток мыслей (м е н т и з м), и д е о р р о я; мыслей так много, что их нельзя задержать. Это однако не скачка мыслей маниакального больного: это нечто пассивное, не зависящее от воли и желания пациента; иногда это неуправляемые грезы, мечты, иногда как бы развертывание воспоминаний, насильственное мышление, иногда как бы передразнивание больного, нередко явления своеобразного эхо, повторяющего каждую мысль больного, иногда предвосхищающее эхо, извещающее о каждом поступке, движениях, или эхо, сопровождающее его письмо, комментирующее его действия, иногда как бы выжимание мыслей. Основным при этом нужно считать, что собственные мысли представляются пациенту как принадлежащие не ему, а какой-то другой, новой, паразитарной личности; они образуют как бы ядро этой новой паразитарной личности, откуда идет еще новое обозначение — д а ч а л ь н ы й я д е р н ы й с и н д р о м. Относительно сущности взгляды авторов расходятся; наибольшее внимание заслуживает взгляд Клерамбо о токсическом или инфекционном генезе; что касается ближайших механизмов, то Клерамбо, становясь на довольно обычный для западных ученых путь энергетических объяснений, говорит о деривации ответвлений нервного тока по иному руслу к низшим слоям личности. В смысле сближения с клиническими единицами авторы указывают на возможность эпизодического течения синдрома при разных заболеваниях; естественно, что чаще всего его можно встретить при хронических психозах, характеризующихся развитием бреда преследования; следовательно его часто можно ожидать встретить при шизофрении. По мнению французских авторов он именно при этом заболевании встречается не часто; но такое утверждение стоит в связи с более ограниченным пониманием французами шизофрении. Так, они, описывая этот синдром, указывают, что известная маньяновская форма хронического, систематического бреда (*Delire chronique avec évolution systématique*) есть комбинация синдрома Клерамбо и параноической конституции; между тем большая часть хронического бреда Маньяна по Крепелину относится к параноидной форме раннего слабоумия. Но несомненно, что синдром Клерамбо — более обширное понятие, включающее в себе картины, встречающиеся не только при шизофрении, даже понимая ее в широком смысле Блейлера. Следует заметить, что синдром Клерамбо, или синдром S, как называл его сам Клерамбо, не имеет ничего общего с психическим или психологическим автоматизмом Жанэ, представляющим сужение поля сознания, возникающее психогенным путем у больных с истерическими реакциями или как одно из состояний, изучаемых в учении о гипнозе. Для советских психиатров синдром Клерамбо представляет еще потому интерес, что если связывать развитие учения о нем с психическими галлюцинациями Бейяржера, то еще с большим правом это можно сделать по отношению к псевдогаллюцинациям Кандинского. Не без основания поэтому профессор А. А. Перельман называет описываемые состояния синдромом Клерамбо-Кандинского.

Особое положение занимают галлюцинаторные состояния, носящие название Вернике - г а л л ю ц и н о з ы. От делириозных состояний они отличаются помимо большой длительности и преобладания слуховых галлюцинаций над зрительными тем, что им свойственны элементы бреда, содержание которого питается галлюцинациями. Кроме зрительных и слуховых галлюцинаций большую роль играют иллюзии и галлюцинации общего чувства. Вместе с некоторым изменением личности типичным нужно считать наклонность к бредовым интерпретациям, преимущественно с характером преследования. Такие галлюцинаторные состояния наблюдаются при

наличии тех же условий, как и делириозные, но в зависимости от большей интенсивности интоксикации или инфекции и видимо в связи с ослаблением мозга они не всегда дают благоприятное течение.

Клод термин «галлюциноз» применяет для отличия от собственно галлюцинаций к тем случаям обманов чувств, когда возникающие образы самому больному кажутся не настоящими, а чем-то в действительности не существующим.

Как нечто обособленное можно рассматривать бредовые состояния. Элементы бреда встречаются, будучи перемешаны с другими симптомами, чрезвычайно часто, но иногда они исчерпывают собой всю картину, приобретающую благодаря этому характер чего-то своеобразного и заслуживающего особого рассмотрения. В особенности это относится к тем случаям, когда в развитии бредовых идей галлюцинации не играют никакой роли и все сводится к неправильному толкованию действительно имевших место явлений. При этом все поведение больного определяется с точки зрения бредовых интерпретаций. Из проходящих перед больным явлений для него приобретают значение только те, которые соответствуют его господствующему настроению и представлениям, находящимся в центре его бредового мирозерцания. Так как чаще встречаются бредовые идеи преследования, которые обычно интимнее, чем какие-либо другие, связаны со сдвигами психической личности, то все поведение принимает характер недоверчивости, подозрительности, в целом представляет непрерывный ряд оборонительных реакций, причем защита временами в силу определенного изменения направления бредовых идей может перейти в нападение. Таково поведение очень многих шизофреников, у которых особенно часто бывают бредовые состояния, параноиков, у больных с пресенильным психозом, иногда у паралитиков, изредка у алкоголиков. Из различных бредовых картин право на известную самостоятельность особенно заслуживает паранойяльный симптом комплекс. Для него характерен способ образования бредовых идей, именно то, что вследствие болезненного изменения личности в целом изменяются основы мышления и выявляется ко всему односторонний подход, характер которого определяется основными бредовыми идеями. Галлюцинации в процессе бредообразования не играют роли, если даже и наблюдаются, что бывает далеко не всегда. Соответственно тому, что в интеллекте нет, по крайней мере очень долгое время, количественных изменений, другими словами слабоумия, а только болезненное изменение личности, в последней сохраняется известное единство, печать которого носит все мирозерцание больного, в том числе и его бредовые концепции. Если условно принять верными его основные предпосылки, то придется сказать, что исповедуемые им идеи логически обоснованы и не заключают в себе каких-нибудь внутренних противоречий. Если бред в таких случаях оказывается более или менее развитым и выражающимся в большом количестве отдельных бредовых мыслей, то последние обнаруживают ясную тенденцию складываться в одно целое, образовать бредовую систему. Бредовые картины этого характера наблюдаются главным образом при паранойе, характеризующейся болезненными изменениями всей психической личности со сдвигами во всем мирозерцании,

обуславливающими одностороннее бредовое восприятие действительности. Большой частью—это длительные состояния, остающиеся на всю жизнь, иногда с значительными временными улучшениями, но возможно под влиянием тяжелых жизненных ситуаций и острое развитие паранойяльного симптомокомплекса. Во всех этих случаях картина состояния исчерпывается бредовыми идеями и лежащими в основе их изменениями психической личности, и не бывает симптомов, которым можно было бы приписать иное значение. Известное сходство с описанным состоянием представляет паранойяльный симптомокомплекс. В нем также имеется более или менее обширный бред с некоторой склонностью складываться в систему, но нет такого единства в бредовых идеях; в них, наоборот, много противоречий и иногда нелепостей. В происхождении бреда кроме неправильного толкования действительно имевших место явлений играют большую роль галлюцинации, в особенности общего чувства, благодаря чему здесь особенно часто встречается бред физического воздействия. Явления этого рода чаще всего встречаются при шизофрении, иногда при пресенильных и вообще органических психозах, ведущих к слабоумию. Из сказанного понятно, что бред в этих случаях хотя и занимает очень видное место в картине болезни, но все же не исчерпывает ее полностью, а часто вкраплен между другими симптомами, свойственными основной болезни. Так как при этом силу самого существа ее скоро выступает в более или менее ясной форме слабоумие, бредовые идеи, имея в виду их нередкую противоречивость, гораздо меньшей степени в состоянии оказать влияние на поведение, которое тоже оказывается лишенным внутреннего единства и нередко нелепым.

В очень многих случаях приходится наблюдать своеобразное состояние двигательного заторможения, носящее название ступора. Более или менее долгое время больной остается как бы в состоянии полного оцепенения. При этом все тело остается неподвижным, взгляд устремлен в одну сторону, мимика кажется как бы застывшей,—больной не отвечает на вопросы и не обнаруживает ничего, что могло бы позволить сделать какое-нибудь заключение об отношении его к происходящим вокруг явлениям. Такие состояния ступора наблюдаются при различных заболеваниях. При этом если взять отдельно какой-нибудь момент и учесть только внешнюю картину, то она может казаться более или менее одинаковой во всех случаях, но при ближайшем анализе, и в особенности если не ограничиваться первым впечатлением и наблюдать более долгое время, выступают очень существенные особенности. При кататоническом ступоре в соответствии со свойственными этим больным задержками в течении представлений, упирающихся на какое-то препятствие на пути, ступор носит характер полной неподвижности, сохраняемой в течение некоторого времени без всякого изменения. Он обычно прерывается отдельными движениями и даже приступами возбуждения, чтобы затем возвратиться к исходному состоянию. Типично для таких случаев беспорядочное чередование полного прекращения каких бы то ни было движений и движений, совершающихся нормально. Насколько можно судить по мимике и по данным анализа психического состояния, принимая при этом во внимание всю картину болезни, такого рода двигательный сту-

пор не сопровождается также и сколько-нибудь оживленными интеллектуальными и эмоциональными переживаниями; наоборот, все заставляет думать о душевной пустоте и безразличии. При двигательном заторможении, свойственном резко выраженным депрессиям, например меланхолической фазе маниакально-депрессивного психоза, в первый момент картина может показаться точно такой же, но здесь заторможение, с одной стороны, более эластично, с другой — оно носит более общий характер. При кататоническом ступоре затруднено только начало движения; когда препятствие преодолено, движение совершается свободно. При заторможении в зависимости от депрессии неподвижность не так абсолютна, и ее можно до известной степени преодолеть побуждениями со стороны и собственными усилиями больного, но движения все же остаются замедленными и меняется только степень заторможения. Мимика — вообще выразительные движения тоже оказываются заторможенными, но все же свидетельствуют о более или менее глубоких переживаниях. О том же заставляют думать — особая игра вазомоторов в области лица и попеременное сужение и расширение зрачков (гипус), а также живая реакция зрачков в смысле расширения на болевые раздражения и испуг. Течение такого заторможения можно представить себе в виде длинной волны с постепенным подъемом и опусканием и с рядом таких же полных вторичных волн.

Резкое двигательное заторможение, достигающее до полной остановки ступора, может наблюдаться при расстройствах в психической сфере, развивающихся в связи с тяжелыми аффективными переживаниями. Эмоциональные моменты замешаны также в происхождении той формы ступора, которую можно назвать галлюцинозной. Галлюцинации иногда могут быть так яркие и упорные, что целиком овладевают сознанием больного, который долгое время остается в неподвижном состоянии в созерцании каких-то видений или во власти слуховых переживаний с как бы застывшим выражением ужаса, восторга или иного аффекта на лице. Такого рода галлюцинаторный ступор можно наблюдать главным образом при шизофрении и при инфекционных делириях.

Иного происхождения двигательное заторможение, которое нередко наблюдается при эпидемическом энцефалите. Оно иногда принимает форму ступора и может быть названо метэнцефалитическим ступором. Больным этого рода вообще трудно производить движения, благодаря чему они с трудом меняют положение, подолгу не могут отвечать на вопросы, хотя понимают их и знают, что могут ответить. Иногда дело не ограничивается этим и доходит до того, что больные, не страдая параличом, подолгу остаются как бы в состоянии оцепенения, чему способствует и полное отсутствие мимических движений. Здесь нет отсутствия эмоциональных или интеллектуальных переживаний; вялой мимике часто противоречит живое, напряженное выражение глаз, и если картина с внешней стороны очень напоминает вполне выраженный кататонический ступор, то это объясняется исключительно своеобразным изменением мышечного тонуса, крайне затрудняющего производство движений и особенно переход от состояния покоя к движению, равно как и наоборот.

Изучение симптомокомплексов, знакомство с материалом, из

которого строится психоз, с другой стороны, указывает на то, что отдельные признаки комбинируются друг с другом не в случайном порядке, не в виде механической смеси, а в известные группы, объединенные в одно целое. Тот же признак внутреннего сцепления между отдельными симптомами играет роль и при образовании более крупных единиц, какими являются психозы.

Уже анализ самых простых комплексов указывает, что в структурном отношении всегда можно провести более или менее ясное различие между двумя группами явлений. В одной нельзя указать никакого внешнего толчка, никаких причин, действующих извне, так что приходится признать, что болезненные расстройства, выражающиеся в тех или других симптомах, идут откуда-то изнутри, возникают в силу каких-то внутренних, другими словами *эндогенных* моментов, почему и говорят об эндогенном их происхождении. В другой—имеются внешние экзогенные факторы, которые не могут остаться безразличными для нервной системы, и связь заболевания с ними более или менее ясна. Она может заключаться во временных отношениях и очевидна, если человек заболел например непосредственно после сильного испуга, какого-нибудь отравления, тяжелой инфекции. Ее можно усмотреть нередко в самом характере заболевания, так как в зависимости от особенностей воздействия внешних экзогенных моментов очень часто видоизменяются и психические последствия. Такое противоположение эндогенных и экзогенных моментов прежде всего нужно иметь в виду при попытках выяснить структуру психоза. Так как внешние моменты могут постоянно претерпевать различные изменения и являются во всяком случае более текучими сравнительно с более постоянными эндогенными факторами, стоящими в зависимости от особенностей прирожденного психофизического склада, то главную роль в структурном отношении нужно признать именно за эндогенными моментами. Они образуют как бы более постоянный фон, на котором изменчивая игра внешних влияний зарисовывает свои меняющиеся картины.

Это противоположение двух групп моментов является далеко не случайным, так как соответствует основным психофизиологическим фактам и прежде всего различию между безусловными и условными рефлексам, если с этой точки зрения рассматривать и всю психическую деятельность. Условные рефлекс, возникают при повторении определенных раздражителей, угасают, вновь возникают и укрепляются при продолжительном действии тех же раздражителей. Условные рефлекс, могут образовываться один после другого, давая иногда очень сложные комбинации. Также обстоит дело и с внешними моментами, играющими роль в формировании психоза. Одностороннее воздействие одного какого-нибудь не очень резко выраженного момента может дать только временную и слабо выраженную реакцию. При повторении его она делается более стойкой и привычной. При наличии такой правильной и ясно выраженной реакции последняя может вызываться не только первоначальными раздражителями, но и другими, дающими не реакцию, свойственную их особенностям, а эту привычную, соответственно принципу доминанты. Например длительное алкогольное отравление временами дает белую горячку, характерное делириозное состояние. При очень продолжительном алкого-

лизме такая делириозная реакция может быть вызвана не только собственно алкоголизацией, но и другими внешними моментами, например переломом конечности или инфекцией. Сопоставление таким образом двух пар связанных между собой понятий—безусловные и условные рефлексы, с одной стороны, эндогенные и экзогенные моменты—с другой, может быть сделано не только в порядке сравнения, но и в смысле указания на генетическую связь и родство понятий: безусловные рефлексы—эндогенные, а условные рефлексы—экзогенные моменты. Это родство может быть прослежено от начала до конца при анализе понятия эндо- и экзогении и различий между ними. Из физиологии мы знаем, что по существу нет коренного различия между рефлексами обоих родов и что если иметь в виду генетическое развитие, то в конце концов не нужно забывать, что безусловные рефлексы образуются из условных, что это зафиксированные и закрепленные в ряде поколений и передаваемые по наследству условные рефлексы. И безусловные рефлексы не представляют чего-либо абсолютно постоянного, неизменного. Интенсивность их может резко колебаться под влиянием различных внешних моментов, как это можно видеть на примере коленных рефлексов, которые могут представлять в патологических случаях все вариации изменений между резким повышением и полным отсутствием. Так и эндогенные моменты при одной и той же психофизической организации у одного и того же человека в течение всей жизни могут выявляться в самой различной степени и в зависимости от характера экзогении то могут проявиться в очень резкой форме то могут быть совершенно затуханы и даже подавлены. С другой стороны, соответственно тому, что условные рефлексы могут представлять все степени прочности и иногда приближаться в смысле постоянства к безусловным, такие же различия могут быть прослежены в действии экзогенных моментов. Продолжительное действие одного и того же момента, например алкогольного отравления, может повести совершенно к иным психическим реакциям, вследствие того что могут произойти существенные изменения в прирожденной организации, другими словами—как бы изменить самую эндогению. При этом та же реакция со стороны психической сферы наступает более легко и вызывается самыми незначительными количествами алкоголя. Переход от экзогении к эндогении имеет место особенно в тех случаях, когда приходится считаться с действием внешнего отравления не на отдельного индивидуума, а на ряд поколений. Рассматривая влияние алкоголя на целый род, можно видеть, что алкоголь, будучи резким вредоносным экзогенным агентом по отношению к организму отца, изменяя его психофизическую организацию, может создать ослабленную эндогению по отношению к его потомству. Так как психоз во всех случаях не есть что-либо принципиально отличное от психических процессов, свойственных нормальному человеку, а представляет образование, построенное по тем же законам, то естественно и в психозе можно найти как более старые в генетическом отношении психические слои, так и психические слои более позднего происхождения. Последние постепенно все более наслаиваются на старые, причем с течением времени слои, бывшие в известный период новыми, становятся все более старыми и покрываются другими. Эндогенные моменты—это наиболее старые, а экзогенные—более новые слои, между теми

и другими существуют известные переходы. Для понимания картины психоза необходимо иметь в виду, что каждому экзогенному фактору соответствуют в ней свои определенные компоненты. Нервная система — очень чувствительный реагент, и все изменения, которые производятся в ней экзогенными воздействиями, не проходят совершенно бесследно. Этому способствует и то, что нервные элементы неспособны к регенерации и каждый из них от рождения до конца жизни хранит те структурные изменения, которые образовались в результате интоксикации, инфекции или какой-нибудь иной экзогенной. Во многих случаях изменения, образовавшиеся под влиянием того или другого внешнего фактора, не дают непосредственно каких-нибудь психических последствий и остаются скрытыми до того момента, когда будут выявлены каким-нибудь новым фактором. Например прогрессивный паралич помешанных, развившийся у алкоголика, кроме симптомов, специфических для этой болезни, может дать характерные для алкогольных заболеваний галлюцинации или бред ревности, которых не наблюдалось до паралича. То же относится к инфекциям, например к сифилису. Заражение им ведет обычно к ряду более или менее резких изменений в нервной системе, которые не всегда сразу сказываются каким-нибудь расстройством в психической сфере. Обычно для появления симптомов паралича, развивающегося всегда на почве сифилиса, необходимы добавочные экзогенные моменты, например алкоголизм или психическое потрясение. То же можно сказать относительно травм головы, последствия которых могут сказаться лишь спустя долгое время после того, как они имели место. В особенности психическая травматизация, связанная с тяжелыми, волнующими переживаниями, способна долгое время сохранять, оставаясь в скрытом виде, свое болезнетворное действие. Нервной системе присуща очень большая сила сопротивления различным вредным моментам и если она в конце концов выводится из равновесия, то обычно под влиянием целого ряда длительно действующих причин; зато при этом выявляется все, что было долгое время в скрытом виде, и получается очень сложная картина, в которой перемешаны симптомы различного происхождения и различной давности.

Для понимания строения психоза имеет значение, как выяснил Бирнбаум, еще то, что каждый внешний фактор имеет сложное действие. Всем им свойственно в большей или меньшей мере выводить нервную систему из равновесия и быть одним из толчков для развития душевного заболевания. Но кроме такого патогенетического значения приходится считаться и с патопластикой, сущность которой заключается в следующем. Экзогенные моменты, способствуя сдвигам в патологию, развитию психоза вообще, в значительной мере определяют его характер и дают материал для его содержания. Например психические травмы, часто являясь экзогенными факторами большого патогенного значения и играя роль последнего толчка, приводящего к окончательному заболеванию, нередко влияют на содержание галлюцинаций и бреда. Последние определяются вообще прошлыми переживаниями больного, но в особенности обстоятельствами, фигурировавшими в качестве последнего толчка для заболевания, или такими, которые ему непосредственно предшествовали. Например арест и заключение в тюрьму, играя роль патогенетического фактора, могут найти отражение в болезненных переживаниях, в голосах, называющих больного преступником. Другой пример: во время истерического припадка в движениях, мимике воспроизводится переживание, играющее большую роль в происхождении припадка.

Сложность явлений увеличивается еще потому, что существенную роль играет то или иное состояние мозга, и при отсутствии в нем структурных изменений психические реакции на различные экзогенные моменты могут быть очень разнообразными. Но те же экзогенные факторы могут вызвать очень существенные изменения в его строении, как наблюдается например при алкоголизме, сифилитических поражениях, различных органических изменений, и в каждом из этих случаев имеется свой тип церебральных изменений, и в каждом из них во всех психических реакциях наступает определенный сдвиг. По выражению Э. Крепелина происходит как бы включение нового регистра, благодаря которому все явления меняют свой характер. Например при изменении мозга на почве хронического алкоголизма изменяется характер реакции на алкоголь, и достаточно маленькой дозы его, чтобы вызвать продолжительное и тяжелое опьянение. Меняется характер реакции на алкоголь при артериосклерозе и вообще при органических заболеваниях. Инфекционным болезням присуще свойство вообще ослаблять нервную систему и делать ее менее способной сопротивляться действию вредных агентов. В особенности это относится к сифилису. При тяжелых травмах черепа, сопровождаемых сотрясением мозга, последний становится легко ранимым и способным давать тяжелые реакции на самые незначительные внешние раздражения. Если представить себе, что сказанным далеко не исчерпывается перечень различных типов церебральных процессов, то понятно, как многочисленны должны быть варианты в психических реакциях на экзогенные моменты.

Все изложенное заставляет прийти к заключению, что психоз—очень сложное образование, состоящее из большого количества признаков, размещенных в нем соответственно различным принципам. Трудность анализа его структуры увеличивается благодаря тому, что психоз, как и психическая жизнь вообще, представляет нечто постоянно меняющееся, текучее. Условно можно говорить о продольном разрезе этого образования, дающем возможность изучить генетическую связь и преемственность отдельных наслоений. В этом случае можно представить себе, что вокруг относительно неподвижных, более старых психических слоев располагаются более новые наслоения. Первые дают главные в структурном отношении, как бы стержневые симптомы, более постоянные, в особенности если в мозгу имеются определенные анатомические изменения; более новые наслоения состоят из менее стойких, как бы случайных краевых симптомов. При фронтальном разрезе можно видеть взаимную связь отдельных экзогенных моментов, которые все в целом не прикладываются друг к другу для составления механической смеси, а взаимно проникают и влияют друг на друга. При этом соответственно каждому экзогенному фактору имеются более старые и более новые наслоения. Кроме того те или другие структурные изменения мозга накладывают присущий им отпечаток на все происходящие психические изменения. Естественно, что Кречмер, много занимавшийся вопросами структуры психоза, говорит о необходимости изучения его во многих изменениях, или о полименциональном изучении.

В структуре психоза таким образом находит себе отражение очень много моментов. Не следует однако думать, что конечный результат их действия можно представить себе заранее, учитывая всю сумму воздействующих факторов. Взаимодействие экзогенных-эндогенных моментов было бы неправильно приравнять, как это делает например Керер, к принципу параллелограмма сил, действующих на какое-то мертвое, инертное тело. Психоз—это заболевание живой, активной личности, которая в своих реакциях на окружающее творит нечто свое, может изменить самую среду и до известной степени преодолеть вредное действие внешних факторов или изменить их настолько, что конечный результат может оказаться совершенно неожиданным. Структура психоза связана со структурой личности и прежде всего с ее эндогенией. На сконструирование психоза влияют прирожденные особенности психического склада, определяющие характер реагирования на различные воздействия и входящие в понятие конституции. Приходится считаться и с теми средствами, которые имеются в распоряжении личности. На фоне большой одаренности картина психоза разворачивается полнее и ярче, чем при наличии лишь ограниченного интеллекта. Шизофрения например на почве интеллектуальной неполноценности дает сравнительно примитивные картины. То же относится к маниакально-депрессивному психозу.

В соответствии с тем, что личность в течение всей жизни не стоит на месте, а развивается и идет вперед, и психоз приходится рассматривать как известный этап в этом развитии. Благодаря этому одной и той же болезни, например шизофрении, в различные возрастные периоды, начиная с детства, свойственны свои, иногда очень характерные особенности. При этом экзогенные факторы, играя иногда главную роль в генезе психоза, могут определить его характер и течение. Например прогрессивный паралич иногда протекает в параноидной форме в зависимости от того, что в наследственности отмечаются параноидные компоненты, но аналогичное течение он может принять под влиянием того, что в жизни было много таких переживаний, как плен или аналогичная тяжелая ситуация. Форма психоза таким образом может зависеть от того, чем заполнено содержание сознания пациента. На характере психоза в очень большой мере отражаются особенности жизненных установок личности, готовность ее идти на преодоление различных трудностей, ее целенаправленность, чувство прочной опоры под ногами. Нередко психоз в наиболее характерных его переживаниях можно понять как частичный возврат к какому-нибудь прошлому этапу жизни. Такой п а л и н б и о з (πάλιν—опять, βίωσις—жизнь) чаще всего наблюдается при органических заболеваниях. Например в одном нашем случае церебрального артериосклероза у больного вместе с обычными признаками этой болезни появились сексуальные извращения в форме навязчивого стремления обнажать свои половые органы в присутствии девочек. Как оказалось, такие извращения наблюдались у него в ранней молодости, потом на 30 лет исчезли и вновь появились вместе с артериосклерозом. В другом случае (сифилис мозга) бредовые концепции больного представляли как бы несколько измененное повторение переживаний, относящихся к довольно отдаленному периоду его жизни. Структуру психоза в каждом отдельном случае вообще можно понять, только изучая личность в целом со всеми ее особенностями и ее динамическом развитии.

Основные моменты, играющие роль в генезе психоза, главным образом определяют и его течение и исходы. С психозов вообще должен быть снят штемпель неизлечимости, и об этом можно говорить с тем большей настойчивостью, чем больше психиатры будут расширять свою работу в сторону начальных форм заболеваний. Чем больше в структуре психоза экзогенных моментов и соответствующих им психических напластований, тем больше при условии возможности устранить внешних вредителей можно рассчитывать на хороший исход. Острые психозы, связанные с инфекциями и интоксикациями, излечимы во всех случаях, если дело ограничивается собственно отравлением нервной системы. Но в этих случаях, в особенности при продолжительном действии экзогенных вредителей, развиваются стойкие изменения мозга, дающие в результате неустраняемые проявления болезни, обычно с характером известного понижения психического уровня, дегенерации. Там, где в основе структуры психоза лежат эндогенные моменты, все определяется их характером. В случае циклоидной основы обычно имеет место циркулирующее течение с рядом более или менее одинаковых приступов, разделяемых с в е т л ы м и п р о м е ж у т к а м и. В чистой форме такое течение наблюдается при маниакально-депрессивном или циркулярном психозе, но такие же явления имеют место и при других психозах, в частности нередко при шизофрении. Эта циклоидная основа может сочетаться с тем или другим процессом, ведущим к разрушению мозга. При этом, хотя в течении ясна будет циркуляция, каждый новый приступ не будет давать полного восстановления прежних отношений, а будет оставлять после себя известный дефект. Течение по существу здесь будет не интермиттирующим, как в первом случае, а ремитирующим; иными сло-

вами, это будет не выздоровление от приступа, а выздоровление с дефектом, ремиссия. Такое течение наблюдается иногда при так называемом циркулярном прогрессивном параличе, очень нередко при шизофрении. В первом случае такое течение объясняется наличием циклоидных генов в структуре психоза, во втором случае положение дела не всегда одинаково; иногда, именно там, где можно говорить о циркулирующей шизофрении, приходится думать также об участии циклоидных генов, но ремиссии как таковые при шизофрении могут развиваться и иным путем; во-первых, в силу присущей всем психозам склонности к течению с колебаниями, во-вторых, вследствие того, что при шизофрении, как и других психозах с ясной эндогенией, в генезе психоза в целом, равно как и отдельных вспышек заболевания играют большую роль экзогенные моменты; с устранением последних в структуре психозов отпадает более или менее значительная часть экзогенных напластований, и может остаться одна стержневая основа. Иногда в таких случаях приходится говорить не столько о выздоровлении с дефектом в смысле количественных выпадений, сколько качественного изменения всей психической структуры. Личность из психоза выходит не только более или менее заметно оскудевшей, но и качественно изменившейся, с изменением интересов и всех социальных установок. Такие явления наблюдаются при инфекционных, травматических психозах, в особенности при шизофрении. В последнем случае **п о с т п с и х о т и ч е с к а я л и ч н о с т ь** не только представляет количественные изменения, благодаря которым должна перейти к другим, к более легким и хуже оплачиваемым видам труда, но в ней появляются и качественные сдвиги, развиваются замкнутость, вялость или раздражительность, иногда мистицизм.

Смертельный исход—нечастое явление при психозах и редко стоит в непосредственной связи с душевным заболеванием как таковым. Сюда относятся главным образом прогрессивный паралич помешанных, старческое слабоумие, опухоли мозга и некоторые другие заболевания. В психиатрических больницах, несмотря на то что в них интернируются более тяжелые случаи, причем скученность, недостаточное пребывание на воздухе приводят к большей заболеваемости и смертности, чем то имеет место в населении,—средняя, так сказать нормальная, смертность не превышает 7—8% всех лечившихся за год. Исходы и течение психоза таким образом различны. Ввиду разнообразия состава больных по разным больницам трудно вывести какие-нибудь общие цифры, характеризующие частоту полного выздоровления, выздоровления от приступов, ремиссии, ухудшения и пр. Наличие алкогольных психозов, легких случаев, больных с невротическими реакциями может очень повысить процент выздоровлений. Большое количество тяжелых случаев и хроников естественно поведет к ухудшению статистики. В прежнее, довоенное время считалось, что количество выздоровлений измеряется приблизительно 25%, более 50% приходится на более или менее значительные ремиссии. Так как эти цифры относятся к больничному материалу, представленному главным образом более тяжелыми случаями, нужно думать, что в действительности положение должно быть более благоприятным, в особенности в настоящее время, когда раздвигаются рамки в сторону начальных форм.

Все изложенное делает более или менее ясным, ■ каком направлении должно изучаться душевное расстройство, взятое в целом. Прежде всего должны быть изучены эндогенные моменты, куда входят особенности прирожденного психофизического склада, то, что носит название конституции. Полное уяснение относящихся сюда данных невозможно без учета изменений, которые наблюдаются при переходе от одного поколения к другому, т. е. без изучения наследственности. Далее необходимо рассмотреть все те внешние факторы, которые в большей или меньшей мере могут способствовать различным психозам, другими словами заняться экзогенией. Поскольку во всех случаях имеет значение состояние мозга, необходимо ознакомиться с изменениями в центральной нервной системе, не оставляя без внимания и организм в целом. Так как психоз обычно представляет результат взаимодействия психической индивидуальности с окружающей средой и сам ведет к изменению установок по отношению к другим, то нельзя оставить без рассмотрения вопросов о социальных взаимоотношениях; наконец, так как конечной целью изучения психозов являются борьба с ними и их полное устранение, изучение биологической основы душевного расстройства должно сделаться опорным пунктом для рациональной терапии и профилактики. В этом порядке мы и будем после освещения соматической и неврологической стороны излагать данные, необходимые для того, чтобы составить вполне определенное представление о психозе во всем объеме.

8. ИЗМЕНЕНИЯ В СОМАТИЧЕСКОЙ СФЕРЕ

По современным воззрениям душевные болезни оказываются общими заболеваниями всего организма с измененным обменом веществ и нарушенными функциями внутренних органов, эндокринных желез и вегетативной нервной системы. Поэтому необходимо при изучении душевных болезней обращать самое серьезное внимание на деятельность всех частей организма, устанавливать причину заболевания, исходя из всей совокупности обнаруженных нарушений. Исследование состояния внутренних органов должно было бы производиться во всех случаях специалистом-терапевтом, который теперь приглашается обычно тогда, когда, как говорится, к этому имеются определенные показания. Фактически это сводится к тому, что врач-терапевт приходит на помощь к больному, когда налицо имеется уже тяжелое расстройство, требующее решительного вмешательства. Между тем у душевнобольных всегда при специальном исследовании можно обнаружить определенные соматические изменения, симптомы которых тонут в общей массе более резких проявлений и остаются как правило незамеченными. В то же время они могут иметь большее значение для понимания существа болезни в каждом отдельном случае, для диагноза и лечения. Тщательное выяснение состояния сердечно-сосудистой системы например очень существенно во многих случаях. Прежде всего оно конечно важно при церебральном артериосклерозе, так как здесь изменения сосудов имеют отношение к самому существу болезни; но оно имеет большое значение и при прогрессивном параличе (возможность эндоартрита), при сосудистой формесифилиса. Что касается легких, то здесь больше

всего изменений может встретиться при шизофрении. Легочный туберкулез однако часто встречается и при других психозах, причем может резко ухудшить общее психическое состояние. То же относится к хронической малярии и другим латентным инфекциям. Констатирование и курирование их могут иметь большое значение, так как они могут оказывать ухудшающее влияние, действуя как алергены своего рода.

Большое внимание нужно уделять состоянию желудочно-кишечного канала. Здесь можно встретиться с круглой язвой желудка, с расстройством желудочной секреции, с запорами и различными интоксикациями, идущими из кишечника.

Некоторые авторы придают последнее значение в патологии шизофрении. Барюк думает, что может играть роль колибацилоз с образованием особых токсинов, действующих на нервную систему. Очень часты изменения со стороны печени, констатируемые обычными методами физического исследования или по изучению ее функционального состояния.

О важности исследования внутренних органов нужно помнить еще и потому, что можно проследить начало какого-нибудь серьезного заболевания, если выработать в себе установку смотреть на все жалобы больных только как на результат их мнительности и повышенной чувствительности. Важность точного учета соматики видна хотя бы из того факта, что многие случаи сифилиса, протекающие с различными болями и другими нервными явлениями, по существу являются висцеральным сифилисом. Все же ввиду того, что изменения соматического порядка, всегда имеющие место при психозах, при физическом исследовании открываются далеко не всегда, особенно большое значение нужно придавать изучению вегетативной нервной системы и обмена.

Уже и сейчас несмотря на неполноту знаний в этой области нам хорошо известно, какое большое значение имеют железы внутренней секреции и вегетативная нервная система для психической жизни как в ее здоровых, так и патологических проявлениях. Подкорковые узлы и связанная с ними вегетативная нервная система, имеющая в качестве конечных биохимических аппаратов эндокринные железы, обуславливают прежде всего в своей совокупной деятельности эмоциональные переживания. В связи же с тем, что эмоции играют огромную роль во всей психической деятельности, становится понятным, почему при исследовании больных обращается такое серьезное внимание на эндокринный аппарат и вегетативную нервную систему.

Вегетативная нервная система складывается из двух отделов — из симпатического и парасимпатического. Венские клиницисты Эппингер и Гесс разработали методику исследования вегетативной нервной системы, основанную на том факте, что симпатическая часть возбуждается избирательно адреналином, а парасимпатическая раздражается пилокарпином и угнетается атропином. В зависимости от большей или меньшей интенсивности в деятельности того и другого отделов вегетативной нервной системы Эппингер и Гесс разделили всех людей на две группы — симпатикотоников и ваготоников. Симпатикотония характеризуется широкими блестящими зрачками, скудным пото- и слезоотделением, тахикардией, напряженным пульсом, белым дермографизмом, розовой теплой кожей. К ваготоникам, наоборот, от-

носятся субъекты с узкими зрачками, усиленной деятельностью потовых, слезных, слюнных и слизистых желез, брадикардией, красным дермографизмом, холодной, синюшной кожей, особенно на руках. Симпатикотоников в отличие от ваготоников характеризует подвижной, живой темперамент. Позднейшие исследования показали, что такое разделение всех людей на две прямо противоположные группы не оправдывается на практике и что существуют многочисленные смешанные типы. Условно можно придерживаться этого подразделения, стараясь выявить при исследовании и все переходные, смешанные формы.

Наилучшим методом исследования вегетативной нервной системы считается метод Даниэлополо и Карниоль, который заключается в том, что интравенозно вводится дробными дозами (по $\frac{1}{2}$ мг) атропин до тех пор, пока не произойдет полного торможения п. vаgі. Этому моменту соответствует максимальное учащение пульса. Чем выше тонус п. vаgі, тем больше приходится вводить атропина. Между отдельными введениями дробных доз атропина исследуются кровяное давление, потливость, дермографизм, секреция слюнных желез и т. д. Адреналин для выяснения наличия симпатикотонии вводится подкожно по $\frac{1}{2}$ —1 см³ раствора 1 : 1 000. Пилокарпин вводится в форме 1% раствора по 1 см³.

Если мы обратимся теперь к клинике, то убедимся в частоте различных вегетативных расстройств у нервно- и душевнобольных. У невротиков мы очень часто находим головные боли, обмороки, сердцебиения, неприятные ощущения в области дыхательного аппарата и сердца, вялость кишечника, повышенную потливость и т. д., причем все эти явления в значительной степени могут быть отнесены за счет вегетативных расстройств. Упорной полиморфной картиной вегетативных расстройств характеризуются начальные стадии шизофрении, причем здесь эти расстройства — отличие от чистых невротозов являются грозными предвестниками грядущего тяжелого процесса. Головные боли с ощущением распираания головы, вазомоторные расстройства с явлениями спазма сосудистой системы, субъективное чувство затруднения дыхания и сердечной деятельности, тягостное ощущение напряжения в различных частях тела — все это сплошь и рядом наблюдается в начале шизофрении. При выраженных формах шизофрении, особенно у кататоников, мы наблюдаем узкие зрачки, резкий красный дермографизм, сопровождающийся иногда появлением кожного валика (*dermographismus elevatus*), похолодание и синюху конечностей, падение кровяного давления, замедление пульса, саливацию, потливость. Эти расстройства следует отнести к ваготонической группе. Вегетативные расстройства очень характерны для различных стадий эпидемического энцефалита: сальное лицо, потливость, саливация, учащение пульса — все это обычные симптомы для этой группы больных. При исследовании сплошь и рядом оказывается повышение тонуса как *sympathicus*, так и *vagus* (амфотония). У эпилептиков отмечаются преимущественно симпатикотонические расстройства. У депрессивных больных — повышение сердечной возбудимости, расширенные зрачки, вялость кишечника, что заставляет думать о наличии симпатикотонии.

Об этом говорят и недавние исследования Кнауера и Биллигхеймера (Knaueг u. Billigheimer), которые указывают на увеличение количества адреналина в крови меланхоликов. Определение содержания адреналина в крови пред-

ставляет большой интерес, но к сожалению нет еще точной методики, которая давала бы вполне определенные результаты. Боген, изучая по методу Магнуса (в основе лежит действие адреналина на изолированные отрезки кишечника кошки) кровь циркулярных больных, ■ части случаев констатировал кривые, близкие к адреналиновым.

У пресенильных и сенильных больных, а также артериосклеротиков тоже можно отметить скорее явления повышенного тонуса sympathicus.

Мы уже говорили выше о том большом значении, какое имеют для психической деятельности железы внутренней секреции.

Уже из общей патологии известно, что развитие организма и его отдельных частей существенно зависит от гормонов различных закрытых желез и что неправильности в их функционировании влекут за собой подчас очень крупные нарушения в жизнедеятельности организма. Особенно исследования Кречмера отметили ту огромную роль, какую играет эндокринная система в психической жизни человека, именно ■ ее аффективной сфере, в построении темперамента.

Выпадение или уменьшение функции щитовидной железы сказывается в ослаблении и замедлении всех психических процессов, причем у таких субъектов наблюдаются апатия, сонливость, отсутствие инициативы и понижение интеллекта. Со стороны физической сферы отмечаются малый рост, короткие конечности, большая голова, сидящая на короткой и толстой шее, слабая растительность на голове, ваготонический симптомокомплекс. Понижение функции щитовидной железы отмечается при так называемом эндемическом кретинизме. Гиперфункция щитовидной железы проявляется, наоборот, в ускорении всех психических процессов, в повышении нервной возбудимости. Это—впечатлительные, схватывающие все на лету люди, раздражительные, непостоянные, склонные к аффектам тревоги и страха. Со стороны физической сферы могут быть отмечены: худощавость, высокий рост, достаточная волосистость головы и тела, симпатикотония. Повышение функции щитовидной железы наблюдается при базедовой болезни. Заслуживают внимания попытки найти надежные лабораторные способы констатировать эту гиперфункцию.

Коттман отметил, что свертывание крови при гиперфункции щитовидной железы замедляется и ускоряется при ее гипофункции. Тем же Коттманом предложена реакция, оказавшаяся несомненно ценной и называемая его именем. Сущность ее сводится к тому, что к сыворотке крови сначала прибавляются иодистый калий и азотнокислое серебро, а потом после стояния этой смеси на свету еще гидрохинон; восстанавливаясь, серебро выпадает, окрашивая всю смесь в темный цвет, в зависимости от интенсивности реакции то в серый различной насыщенности то совсем в черный. Реакция указывает на поражение щитовидной железы.

При пониженной функции гипофиза отмечаются импульсивность, упрямство, со стороны физической сферы—малый рост с склонностью к полноте, слабая волосистость—ваготонический симптомокомплекс. При повышении гипофизарной функции имеют место спокойствие, уверенность в себе, постоянство, медлительность психических процессов. Со стороны физической—это люди высокого роста, с мощным костным скелетом, с сильной волосистостью, с преобладанием симпатикотонических признаков. Понижение функции надпочечников сказывается в быстрой утомляемости, ослаблении внимания, раздражитель-

ности, тоскливости, нерешительности; интеллект обычно достаточный. Это—худые, невысокие субъекты, с дряблой мускулатурой, зябкие, с недостаточным развитием половых органов и вторичных половых признаков. При гиперфункции надпочечников наблюдаются активность, большая психическая энергия, стеничность реакций. Физически—это люди высокого роста, с напряженной мускулатурой—симпатикотоники. Понижение функций половых желез сказывается в психическом инфантилизме, в детскости психических реакций, в вялости, податливости, внушаемости и слабоволии. Рост высокий, длинные конечности, отложения жира на ягодицах, нижней части живота и в области грудных желез, слабая волосистость, вялая мускулатура. При повышении внутренней секреции половых желез наблюдается устойчивая работоспособная психика, обычно резко выражено половое влечение. Здесь отмечается раннее половое созревание, туловище обычно бывает длиннее конечностей, большая волосистость. Выпадение функций зубной железы влечет за собой задержку окостенения, а также ослабление мышечной силы. Со стороны психики наблюдаются замедление в развитии психической жизни, интеллектуальная недостаточность. При пониженной деятельности паращитовидных желез отмечаются раздражительность, беспокойство, тревожность, неприспособленность к жизни; со стороны физической сферы—слабое развитие скелета и мускулатуры, повышенная мышечная возбудимость.

Эндокринные расстройства при различных психозах являются в настоящее время еще очень мало изученными, и мы не имеем в настоящее время единства во взглядах отдельных авторов по данному вопросу. Роль эндокринных расстройств несомненно велика, о чем можно судить на основании тех или иных вегетативных расстройств, измененного химизма крови, нарушений обмена и т. д. Особенно много наблюдений было сделано над шизофрениками, причем наиболее вероятным представляется взгляд, по которому у этой группы больных отмечается гипофункция надпочечников, щитовидной и половых желез. Вспомним, как часты при шизофрении ваготонические симптомокомплексы, а ведь их в первую очередь следует поставить в связь с ослаблением деятельности надпочечников. Вспомним также и то, что при гипофункции щитовидной железы как правило понижается активность, а ослабление активности как раз и свойственно шизофреникам. Добавим еще, что отмечено также понижение полового влечения у шизофреников.

Многие авторы пытаются обосновать связь маниакально-депрессивного психоза с теми или иными эндокринными расстройствами, причем в недавнее время Вут заявил себя сторонником именно эндокринной теории происхождения маниакально-депрессивного психоза. При этом заболевании можно думать о нарушенной функции половых желез и надпочечников. Фольмер говорит о значении окощитовидных желез в картине эпилептических припадков. Действительно экспериментальное удаление их у животных вызывает приступы тонических судорог. Высказывалось также предположение, что в происхождении эпилептических припадков играет роль гиперфункция надпочечников. Можно думать, что пресенильные психозы связаны с гипофункцией половых желез. О роли щитовидной железы в происхождении психозов уже указывалось выше. Фогт выделил так называемую *idiotia thymica*, Вейгандт связывал гипофункцию гипофиза с происхождением эретического слабоумия. Монголоидная идиотия является несомненно полигландулярным расстройством. Можно выделить особую «бронзовую идио-

тию», связанную с поражением надпочечников, при которой характерна своеобразная окраска кожи, как это наблюдается при аддисоновой болезни.

Обмен веществ при душевных заболеваниях является сплошь и рядом существенно нарушенным. Его исследование наталкивается подчас на очень большие трудности—сопротивление больных, их неопрятность, отказ от пищи,—что конечно ведет к крайне сбивчивым и противоречивым выводам. Еще старые авторы указывали на то, что общая токсичность мочи у душевнобольных является повышенной по сравнению с мочой здоровых людей. Мерэ и Боск (Mairet и Bosc) считали, что токсичность мочи является вообще хорошо показателем остроты душевного расстройства, увеличиваясь каждый раз прямо пропорционально нарастанию болезненных симптомов. Дальнейшие наблюдения показали однако, что не всегда бывает так, как думали Мерэ и Боск; например моча эпилептиков после припадков оказывается более токсичной, чем до них. Тем не менее учение о токсичности мочи сыграло очень большую роль в том отношении, что дало толчок многочисленным исследованиям по обмену веществ душевнобольных. Азотистый обмен как правило оказывается пониженным при прогрессивном параличе, при депрессивных состояниях циркулярного характера, при шизофрении (Вут), в то время как у маниакальных больных отмечается его повышение. Фолин при прогрессивном параличе констатировал большие колебания в содержании почти всех веществ, входящих в состав мочи. Он думает, что наибольшее значение нужно придавать белковому обмену, расстройство которого приближается к тому, что наблюдается при голодании. М. Я. Серейский существенным для этой болезни считает неспособность к химическому синтезу. Большого внимания заслуживают исследования Хессинга в Осло как по полноте исследования, так и по динамическому характеру. Вообще известно, что исследования обмена у душевнобольных дают слишком суммарные результаты, не представляющие чего-либо характерного для того или другого психоза. Это в значительной степени зависит от того, что исследования обычно носят однократный характер и мало учитывается состояние больного. Хессингом исследования производились систематически в течение более 2 лет, причем оказалось возможным констатировать, что изменения химизма отмечаются раньше, чем изменяется психическое состояние. Им исследованы больные с периодическими состояниями ступора; делалось количественное определение вводимого с пищей азота с последующим анализом мочи, при этом определялись: общий азот, амиак, pH, кислотность, SO , P_2O_5 и NaCl . В светлые промежутки наблюдались понижение основного обмена, задержка азота и ваготония. При наступлении ступора вегетативная картина изменялась в направлении симпатикотонии. Установлено, особенно благодаря работам Аллерса, что у эпилептиков перед припадками происходит задержка азота, который, наоборот, в послеприпадочном состоянии обнаруживается в моче в увеличенном количестве. Н. В. Краинский думал, что генез судорожных припадков связан с накоплением в организме карбаминовокислого аммония. Количество хлоридов оказывается повышенным в моче паралитиков и маниакальных больных и пониженным—у депрессивных и кататоников. Содержание фосфорной кислоты в моче душевнобольных как правило понижено почти при всех заболеваниях. Белок встречается часто в моче прогрессивных паралитиков, делириозных больных, после эпилептических припадков и у маниакальных. Аллерс считает, что при прогрессивном параличе обмен веществ не доходит до своих нормальных пределов, останавливаясь на промежуточных стадиях. При длительном отказе от пищи обмен веществ значительно понижается во всех его видах, причем в моче как правило обнаруживается ацетон. Его же мы встречаем у паралитиков в периоде нарастающего маразма и у эпилептиков после припадков. Из других патологических веществ, которые обнаруживаются в моче душевнобольных, следует указать еще на индикан. Он образуется благодаря гнилостным процессам в кишечнике в результате расщепления белков, причем его находят у паралитиков, депрессивных больных, кататоников и эпилептиков.

Расстройства липоидного обмена особенно проявляются во всех тех случаях, где имеются те или иные изменения в деятельности регулирующих его эндокринных желез. Особенности психики, наблюдаемые при гипофункции щитовидной железы, гипофиза и половых желез,

сочетаются с ослаблением окислительных процессов в организме, а вместе с тем и с накоплением жиров.

У маниакальных больных и в начальных стадиях прогрессивного паралича наблюдается *полиурия*, причем выделяется моча с низким удельным весом; наоборот, у депрессивных больных и у кататоников количество выделяемой мочи оказывается значительно уменьшенным (иногда 150—200 см³ в сутки) при высоком удельном весе (до 1,031).

Газообмен представляется пониженным у паралитиков, маниакально-депрессивных больных, у шизофреников, особенно в состоянии кататонического ступора.

В прямой связи с расстроенным обменом веществ и нарушенным питанием всего организма стоит *изменение веса* у душевнобольных. Падение веса наблюдается как правило при всех остро протекающих психозах, особенно при делириозных и аментивных состояниях, у депрессивных больных, у шизофреников с отказами от пищи, у паралитиков в периоде нарастания истощения, при хронических психозах в периоде их обострения. Падение веса бывает иногда катастрофическим и может привести к летальному исходу. Нассе (Nasse) указывал на случай с ежедневным падением веса больше, чем на 3 кг. Улучшение психического состояния сочетается с поднятием веса, причем особенно быстро это поднятие идет после перенесенных острых психозов, например после белой горячки. Плохим прогностическим признаком является поднятие веса у шизофреников и прогрессивных паралитиков при отсутствии какого-либо улучшения со стороны психики. В подобных случаях следует думать о наступлении стойкого, неизлечимого слабоумия. Поднятие веса таких больных связано обычно с огромной прожорливостью. Наибольшие колебания веса отмечают при прогрессивном параличе, причем его довольно частые поднятия в начальном периоде, а также и на высоте болезни сменяются резкими падениями. У циркулярных больных в состоянии депрессии отмечается по большей части падение веса, в то время как в маниакальном состоянии наблюдается его поднятие.

Кровь является чрезвычайно чутким реагентом на всякие нарушения в жизнедеятельности организма, живо отвечая на них изменением своего химизма и морфологического состава, и естественно, что и при душевных болезнях, сопровождающихся сложными и разнообразными соматическими расстройствами, можно ожидать этих изменений. Исследования крови у душевнобольных ведут уже давно, еще с первой половины прошлого столетия, и тем не менее наши знания в этой области пока что очень недостаточны и противоречивы. Надо полагать, что в дальнейшем в связи с углублением и уточнением методики лабораторного исследования, а также в связи с расширением наших клинических горизонтов мы будем иметь вполне определенную и подробную сводку изменений крови, что даст возможность подойти ближе к генезу различных психозов и диагностировать их с достаточной вероятностью. Наиболее хорошо изучены изменения крови при прогрессивном параличе, шизофрении, эпилепсии и маниакально-депрессивном психозе. При этих заболеваниях как правило повышается антитриптический титр крови, что указывает на повышенный белковый распад в организме и вместе с тем на усилен-

ную борьбу с этим распадом и связанными с ними явлениями аутоинтоксикации. Количество антитрипсина обычно резко увеличивается перед эпилептическими припадками и снова уменьшается по минувании их. Исследования недавнего времени обнаружили понижение щелочности крови перед эпилептическими припадками и резко выраженное накопление в ней продуктов азотистого обмена. В междуприпадочные промежутки в крови эпилептиков находили увеличение количества лецитина и холестерина. Гинзен указал на повышение креатинина в крови кататоников. В общем же надо отметить, что изменения крови при шизофрении, эпилепсии и маниакально-депрессивном психозе настолько близки друг к другу, а иногда прямо совпадают, что делать какие-либо определенные выводы совершенно не представляется возможным. При шизофрении, циркулярной депрессии и эпилептических припадках наблюдается лейкоцитоз; кроме того у шизофреников и эпилептиков во время припадков как довольно частое явление отмечается эозинофилия. Для шизофрении — не во время возбуждения или улучшения, а в обычном состоянии — можно считать типичным, наоборот, не увеличение, а уменьшение числа лейкоцитов — лейкопению (до 5—6 тысяч). При прогрессивном параличе, наоборот, отмечается уменьшение количества эозинофилов при нарастании нейтрофилов. Количество эритроцитов находили уменьшенным при маниакальных формах циркулярного психоза и у паралитиков, наоборот, — увеличенным у шизофреников и у депрессивных больных. Количество гемоглобина возрастает при депрессии и уменьшается при маниакальном возбуждении. Следует еще отметить встречающееся довольно часто ускорение оседания эритроцитов в крови шизофреников.

Заслуживают внимания также указания некоторых авторов на повышение токсичности сыворотки крови душевнобольных, в частности шизофреников, констатируемое при впрыскиваниях животным, а также по задерживающемуся влиянию на рост дрожжевых грибов (фитотоксическое действие). Аналогичные данные установлены также относительно спинномозговой жидкости. Следует упомянуть также, что результаты исследования содержимого пузырей, образующихся при постановке мушки, могут быть различны при различных психозах. Мейер констатировал в такой жидкости у шизофреников меньшее количество форменных элементов и ставил это в связь с понижением защитных сил при этой болезни.

Очень интересны исследования по содержанию сахара в крови у душевнобольных, так как они проливают свет на биохимическую сущность аффективных переживаний. В настоящее время широко распространены при определении сахара различные микрохимические методы, требующие для своего выполнения всего нескольких капель крови. Параллельно проводятся исследования и мочи также на предмет определения в ней сахара. Уже давно указывалось на возникновение преходящей глюкозурии у неврастеников после тяжелых переживаний, причем было даже введено название глюкозурии страха (Angstglycosurie). Целый ряд авторов (Фере, Циген, Шульце и др.) связывает увеличенное количество сахара в крови с депрессивными аффектами и аффектом страха. Отчетливая гипергликемия встречается у циркулярных больных в состоянии депрессии, у сенильных и пресенильных больных, у артериосклеротиков и шизофреников. Гипергликемия связывается

с гипердреналинемией, так как у тоскливых больных оказывается увеличенным и количество адреналина (Кнауер и Биллигхеймер). Фанкхаузер (Fankhauser) прямо указывает на то, что гиперфункция надпочечников обуславливает тоскливые и тревожные аффекты. Здесь намечаются определенные связи между деятельностью желез внутренней секреции, содержанием сахара в крови и аффективными переживаниями. Наличие гипергликемии в крови шизофреников и маниакально-депрессивных больных дает Вуту довольно основательный повод связывать эти заболевания с внутрисекреторными нарушениями. В прямой связи с изменениями содержания сахара в крови стоят и колебания так называемой границы усвоения сахара, т. е. тех наименьших количеств сахара, которые при введении их в организм вызывают совершенно очевидную гликозурию. Оказывается, что ассимиляционная граница понижается у депрессивных больных, у слабоумных, у шизофреников, особенно ■ кататоническом ступоре, у делириозных больных и повышается при маниакальных состояниях.

Как ясно из всего сказанного, большую роль ■ явлениях расстроенного обмена играет печень; помимо обычных клинических симптомов ее заболевания при психозах на это указывает и изменение функциональной ее способности, открываемое различными методами.

Токсичность мочи многих душевнобольных, расстройство азотистого и углеводного обмена можно поставить ■ определенную связь с общим понижением окислительных процессов. По отношению к больным с прогрессивным параличом и с некоторыми другими заболеваниями Кауфман констатировал это рядом точных исследований. На то же явление указывает частая положительная реакция Бускаино.

Она заключается в том, что 5 см³ мочи кипятятся ■ течение 20—30 секунд о половинным количеством 5% водного раствора азотнокислого серебра. В норме получается белый осадок (AgCl); черный осадок указывает на наличие продуктов неполного обмена, вступающих в соединение с серебром. Эта реакция часто оказывается положительной между прочим у эпилептиков.

При душевных расстройствах сплошь и рядом отмечаются те или иные изменения в деятельности сердечно-сосудистой системы. Это устанавливается как по аускультации сердца, так и по наблюдению за пульсом и по измерению кровяного давления. Конечно в каждом отдельном случае необходимо самым тщательным образом отграничивать чисто случайные нарушения в сердечно-сосудистой деятельности, которые не стоят ни в какой связи с душевным заболеванием. Интимная связь между сердечно-сосудистой деятельностью и вегетативной нервной системой определяет собой тот факт, что наиболее выраженные изменения этого рода встречаются при тех формах психозов, где чаще всего наблюдаются и вегетативные расстройства. Это особенно относится к тем заболеваниям, при которых на первый план выступают изменения в аффективной сфере. Во второй половине прошлого века большим распространением пользовался метод сфигмографии при исследовании душевнобольных, причем Вольф, особенно много работавший в этой области, доказывал, что отдельные формы психозов имеют вполне определенный, им только свойственный характер пульсовой кривой. Позднейшие исследования показали однако, что сфигмограммы не дают ничего характерного для

того или иного заболевания, так что в настоящее время уже не считают сфигмографию очень важным диагностическим методом, как это делалось раньше. У депрессивных больных по большей части наблюдается учащение пульса, в то время как у кататоников как правило пульс резко замедлен. У невротиков отмечается большая лабильность пульса, зависимость его от самых ничтожных внешних воздействий. Гораздо большее диагностическое значение принадлежит измерению кровяного давления, которое обычно исследуется при помощи аппарата Рива-Роччи или Реклингаузена. Нормальное кровяное давление (70—120 мм) резко повышается у депрессивных больных (до 200 мм), у артериосклеротиков, у эпилептиков в припадочном состоянии и, наоборот, понижается у маниакальных больных и у прогрессивных паралитиков, особенно в периоде нарастающего маразма. Здесь необходимо отметить, что в начальных стадиях артериосклероза головного мозга, когда еще нет сколько-нибудь выраженных сосудистых изменений, повышение кровяного давления, подчас очень значительное, идет за счет сужения стенок сосуда с уменьшением просвета. Можно упомянуть еще вскользь о плетизмографическом методе, особенно разработанном Леманом, Фогтом и Бродманом. Этот метод очень тщательно регистрирует так называемый объемный пульс. Большого распространения в клинической психиатрии он не получил.

У душевнобольных нередки изменения дыхания. Особенно изучены эти изменения у депрессивных больных и у кататоников. Дыхание у депрессивных больных становится поверхностным и учащенным. Иногда оно принимает как бы толчкообразный характер. Отношение количества дыхательных движений к пульсовым ударам, равное в норме 1:4, у депрессивных больных становится равным 1:3 и даже 1:2. У кататоников наблюдается как правило также поверхностное дыхание, но с замедленным ритмом. Может быть именно такой характер дыхательных движений и связанная с ним недостаточность окислительных процессов в организме кататоников и содействуют развитию туберкулеза, так часто встречающегося у больных этого рода. У возбужденных больных наблюдается прерывистый характер дыхания. У тяжелых органиков (артериосклеротиков, сенильных больных и особенно прогрессивных паралитиков) отмечаются приступы резко измененного дыхания, близкого по своему характеру к чейн-стоксовскому типу.

Со стороны полового аппарата во время психоза сплошь и рядом отмечается расстройство менструаций. Чаще всего это выражается в их отсутствии (аменорея). Аменорея встречается приблизительно у половины всех душевнобольных женщин, сопутствуя обычно падению веса. Однако надо полагать, что ее причина кроется не в простом истощении, а в гораздо более сложных нарушениях, главным образом во внутрисекреторных расстройствах. В самом деле аменорея наблюдается и в тех случаях, где никак нельзя говорить о падении веса. К тому же менструации являются актом, обусловливаемым вообще внутрисекреторными механизмами, а именно—раздражением матки гормонами желтого тела. Конечно и физическое истощение, понижая работу всех частей организма, отражается на менструальной функции, но это, как мы только что видели,—не главное. Менструации очень часто отсутствуют при кататоническом

ступоре, при аментивных и делириозных состояниях, довольно часто — при эпилептических психозах и циркулярной депрессии и значительно реже — у маниакальных больных. Если они вообще не прекращаются, то их появление каждый раз обычно сопровождается обострением болезненных симптомов. Точно так же и первый после длительного перерыва приход менструаций, вообще признак улучшения, временно ухудшает психическое состояние. О прочном улучшении или выздоровлении можно говорить только тогда, когда повторное наступление менструаций не сопровождается сколько-нибудь заметным ухудшением в проявлениях болезни. Нарушения в правильном течении менструаций (дисменорея) предшествуют обычно развитию пресенильных явлений. Менструации начинают путаться, приходят через неодинаковые промежутки времени, меняется их обычный характер.

В заключение следует сказать о трофических расстройствах при душевных заболеваниях. Почти все описанные расстройства этого порядка встречаются в клинике прогрессивного паралича. Кожа душевнобольных сплошь и рядом становится морщинистой, с утолщенным слоем эпидермиса, так что больные выглядят гораздо старше своих лет. У микседематиков мы наблюдаем как правило слизистый отек, у паралитиков иногда также встречается своеобразная отечность кожи. Нередки различные высыпания на коже (гнойники, *herpes zoster*, *eczema*, *psoriasis vulgaris*), в некоторых случаях местами появляются отложения темного пигмента, подчас имеющие вид почти черных пятен (*nigrities*). Волосы становятся ломкими, выпадают, седеют; для кретинов характерны тусклые, редкие и жесткие волосы. Ногти ломаются, принимают обезображенный вид. К числу наиболее часто встречающихся трофических изменений следует отнести пролежни (*decubitus*). Иногда пролежни развиваются чрезвычайно быстро, так что в 2—3 дня налицо уже глубокое омертвление тканей (*decubitus acutus*). Пролежни возникают у истощенных больных, длительно остающихся в постели (прогрессивные паралитики, кататоники, сенильные больные, тяжелые меланхолики), причем обычно они локализируются на тех участках поверхности тела, которые больше всего подвергаются механическому раздражению. Такими участками у лежащих больных являются ягодицы, крестец, лодыжки и пятки. Сначала появляется краснота, затем на покрасневшей коже образуется пузырь, наполненный серозной жидкостью, который в дальнейшем лопается и дает начало язве с омертвлением тканей, причем иногда некрозу подвергается даже костная ткань. Пролежни сплошь и рядом могут повлечь за собой развитие рожистого воспаления и общего септического заражения, особенно у сильно истощенных больных. Необходимо отметить, что чаще всего пролежни возникают при наличии плохого ухода за слабыми больными и что содержание в чистоте тела таких больных в значительной мере предохраняет их от образования пролежней. Описаны случаи развития *mal perforant du pied* при прогрессивном параличе в сочетании с сухоткой спинного мозга. У паралитиков наблюдались трофические язвы и внутренних органов (слизистой мочевого пузыря, кишечника). В качестве очень редкого явления описан так называемый кровавый пот у паралитиков, образующийся за счет появляющихся на коже, главным образом на лице, капелек крови. У парали-

тиков же зачастую отмечаются и трофические изменения костной ткани, выражающиеся в ее атрофии. Кости становятся хрупкими и ломаются иногда от самой ничтожной травмы. Так, проф. Н. М. Попов наблюдал случай, когда прогрессивный паралитик сломал себе бедро во время снятия сапог. Очень часты переломы ребер при удерживании таких больных. При переломах костей, прежде чем обвинить персонал в грубом обращении с больными, необходимо всегда подумать о возможности больших атрофических изменений в костной ткани. Трофические изменения суставов описаны у паралитиков, причем их по всей вероятности следует отнести за счет одновременно развивающейся сухотки спинного мозга (табические артропатии). Довольно распространенным трофическим расстройством является так называемая кровяная опухоль (гематома), чаще всего развивающаяся на вогнутой поверхности ушной раковины, где она носит название *отематомы* (othaematoma). Отематомы встречаются почти исключительно у прогрессивных паралитиков. Вначале опухоль имеет синевато-багровый цвет, горяча наощупь и флюктуирует. В дальнейшем она начинает рассасываться, что влечет за собой сморщивание ушной раковины и ее обезображивание.

9. ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Исследование состояния нервной системы с помощью тех методов, которые разрабатываются неврологией, представляет очень важную часть при ознакомлении с душевнобольным. В особенности это относится конечно к группе заболеваний с определенным органическим процессом в мозгу—к прогрессивному параличу помешанных, сифилису мозга, старческому слабоумию, церебральному артериосклерозу, различным склерозам, до известной степени—к шизофрении. Так как различные заболевания мозга особенно сильно отражаются на психике, когда поражают его в периоде развития, т. е. в детском возрасте, то неврологическое исследование особенно тщательно должно производиться при изучении изменений нервно-психической сферы у детей. Но ценность его велика также при всех психозах, поскольку они являются заболеваниями всего организма с расстройствами обмена и с более или менее глубокими изменениями вегетативной нервной системы, могущими также найти себе отражение в расстройствах чувствительности, двигательной системы, рефлексах.

В психиатрии это исследование имеет не меньшее значение, чем в неврологии, и притом представляет много особенностей именно потому, что расстроена психика. Те или другие изменения в душевной сфере прежде всего затрудняют производство неврологического исследования. Ввиду этого требуется большая осторожность при оценке полученных результатов; психическое состояние далее резко отражается на нервном функционировании, почему результаты исследования могут в значительной мере варьировать в зависимости от изменений в психической сфере. Например состояния угнетения в сфере чувствований и движений как правило сопровождаются понижением чувствительности и рефлексов слизистых оболочек и кожных рефлексов. Поскольку безусловные рефлексy вообще являются защитными механизмами, образовавшимися из условных в результате

фило- и онтогенетического развития, постольку естественно ожидать их изменения при психозах вместе с изменением других основных биологических признаков, например инстинкта самосохранения. В частности моторная сфера как ■ смысле статики, так и динамики может представлять различные изменения в зависимости только от душевных переживаний, без каких-либо органических изменений в неврологическом смысле. Естественно, что для психиатра представляет интерес не только состояние тех или других рефлексов, чувствительности и движения, но еще больше моторика в целом: особенности положения тела, поза больного, его осанка, мимика, речь, все поведение.

Каждому человеку свойственны известные особенности двигательных проявлений, например большая или меньшая ловкость, плавность, угловатость и неуклюжесть. Эти черты должны быть поставлены в связь с характером соматического склада, являясь, как мы увидим далее, признаками той или другой конституции. Но могут быть более или менее резкие проявления общей моторной недостаточности, на которые нужно смотреть как на своеобразные черты задержки развития моторики на определенной стадии развития, причем Гомбургер и классифицирует эти типы недостаточной моторики, сопоставляя их с различными возрастными периодами развития. В наиболее резкой форме эти явления недостаточности могут быть наблюдаемы ■ детском возрасте, тогда как позже они сглаживаются благодаря влиянию компенсации, но иногда их приходится встречать ■ у взрослых. Как наиболее характерные можно выделить следующие формы: *Débilite motrice* Дюпре, или *п а р а т о н и я*; она характеризуется сопротивлением при пассивных движениях благодаря недостаточной денервации, недостаточностью функций пирамидной системы, повышением сухожильных рефлексов, излишними движениями, синкинезиями; эта форма наблюдается у детей старшего возраста и подростков, иногда и у взрослых. В возрасте первого детства, главным образом у глубоко отсталых, наблюдается форма Гомбургера—Якоба, — *д в и г а т е л ь н а я н е д о с т а т о ч н о с т ь*, характеризующаяся наличием в моторике особенностей, свойственных раннему детству. В возрасте второго детства она видимо переходит в предыдущую форму. И наконец *э к с т р а п и р а м и д н а я н е д о с т а т о ч н о с т ь* Гомбургера—Якоба—Гуревича наблюдается преимущественно у отсталых субъектов. При ней благодаря выпадению экстрапирамидных компонентов отмечается недостаточность автоматических и ассоциированных движений, мимики и жестов.

Очень много особенностей моторных проявлений может быть поставлено в связь уже с самой болезнью. Очень часто и прежде всего обращает на себя внимание положение тела больного, его осанка. Нередко оно производит впечатление вынужденности, неестественности, иногда неподвижности, как бы оцепенения в одном положении. У меланхоликов и вообще больных с тоскливостью обычно подолгу сохраняется это стремление оставаться в одной и той же позе, причем в особенностях ее нет ничего резко бросающегося в глаза. Это — поза страдающего человека с угнетением всех желаний, которому каждое движение стоит значительного напряжения (рис. 6). Соответственно этому все движения его медлительны, заторможены. Поза и движения больного с постэнцефалитическим паркинсонизмом характеризуются большой напряженностью; туловище держится прямо, шея точно утратила способность сгибаться (рис. 7): в таком неподвижном положении тело остается и во время ходьбы, причем это напряжение распространяется и на руки, которые не раскачиваются, как это бывает обычно, а висят неподвижно. Застывание в одной позе наблюдается в случаях затемнения сознания и при галлюцинаторных



Рис. 6. Поза меланхолички, сохраняемая ею почти все время депрессивного приступа.

состояниях, когда все внимание больного бывает поглощено его переживаниями (рис. 8). В особенности резко бывает выражена склонность застывать в одном положении при шизофрении и больше всего при той форме, которая характеризуется преобладанием так называемых кататонических явлений. В этих случаях часто и самая поражающая своей неестественностью, иногда как бы преднамеренная вычурность (рис. 9); например больной лежит на спине, вытянувшись как палка, не сгибая шеи; иногда при этом одна нога неудобно свешивается с постели или весь он лежит, свернувшись в комок в позе, напоминающей положение младенца в утробе матери. При этом вследствие своеобразного напряжения мышц поднятые конечности остаются висеть в воздухе, и все тело сохраняет то положение, которое ему придали, очень долгое время, как бы ни было это положение неудобно (восковая гибкость мускулатуры—*flexibilitas cerea*). Обычно при этом движения характеризуются угловатостью, неуклюжестью. Аналогичные явления со стороны положения тела и движений наблюдаются во многих



Рис. 7. Напряженная поза больной с энцефалитом.

грессивным параличом; вследствие пареза лицевой мускулатуры оно обращает на себя внимание отсутствием какого бы то ни было выражения, оно бессмысленно, маскообразно; благодаря паретичности круговой мышцы глазные щели несколько расширены, причем глаза кажутся выпученными (рис. 11). Явления пареза очень часто бывают выражены неодинаково с обеих сторон, так что получается картина значительной асимметрии. Иногда дело может дойти до ясного пареза или даже паралича лицевого нерва. Паралич в этих случаях центрального, а не периферического происхождения, соответственно чему поражается главным образом мускулатура нижней половины лица, а мышцы лба не изменяются. Асимметрия может развиваться не только вследствие паралича лицевого нерва, но и спазма лицевой мускулатуры с одной стороны, как это наблюдается иногда при истерии. Лицо паркинсоника также характеризуется неподвижностью, но последняя зависит не от паралича, а от скованности мускулатуры. Лицо здесь поэтому не производит впечатления бессмысленности; в особенности живое выражение глаз, представляющее известный контраст с маскообразностью лица, говорит о наличии

случаях врожденного слабоумия. Естественно, что на моторику могут оказывать влияние и параличи или парезы, стоящие в связи с сущностью мозгового процесса.

Так как ■ выразительных движениях особенно большую роль играет лицо, именно мимическая игра лицевой мускулатуры, то на эту сторону должно быть обращено преимущественное внимание. На лице все особенности моторики сказываются с очень большой ясностью. Неподвижной, заторможенной позе меланхолика соответствует такое же лицо. Оно однако не представляет картины безразличия, простой неподвижности с отсутствием какого-нибудь выражения; оно соответствует мимике страдающего человека: лицо скорее напряжено, причем лицевые складки особенно сильно выражены; лоб наморщен, и при этом часто появляются особенно характерные вертикальные складки; углы рта обычно опущены, носогубные складки резко выражены (рис. 10).

Полной противоположностью является лицо больного с про-

переж
чающих
ние
(рис. 1
менее
картин
также
ца у
френи
катат
ме. Он
быть
стывш
засты
фикси
туру
массе;
ния
и мим
впеча
ности
приче
гое в
стыть
нибуд
Иног
вслед
ния г
полу
сход
вотни
М
впеч
пере
рат
жен
наси
так
хар
с м
вой
туа
дак
обр
сив
сам
ни
пр
вы
сти
ти

переживаний, исключаящих предположение о дементности (рис. 12). Более или менее характерную картину представляет также выражение лица у больных шизофреников особенно в кататонической форме. Оно может также быть подобным застывшей маске, но это застывание как бы фиксирует мускулатуру в какой-то гримасе; как все движения кататоника, так и мимика производят впечатление странности, вычурности, причем лицо на долгое время может застыть в одном каком-нибудь положении. Иногда при этом вследствие вытягивания губ в хобот может получиться известное сходство с мордой животных (S c h n a u t z k r a m p f) (рис. 13).

Мимические движения у больных шизофренией не производят впечатления адекватного выражения каких-нибудь эмоциональных переживаний, а кажутся чем-то вынужденным, насильственным. Говорят поэтому о п а р а м и м и и кататоников, несоответствии выражения лица и его движений внутренней жизни больного. Элементы насильственности в области выразительных движений наблюдаются также и при других заболеваниях, причем носят несколько иной характер. Могут наблюдаться явления насильственного смеха и плача, как своего рода судорожных движений лицевой мускулатуры, которым совершенно нет соответствия в интеллектуальных и эмоциональных переживаниях. Такие явления наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга, главным образом при артериосклерозе, опухолях мозга, изредка при прогрессивном параличе помешанных. Больные заявляют нередко при этом сами, что им совсем не смешно и не хочется плакать, но удержаться никак не могут. У больных с опухолями мозга с довольно далеко продвинувшимся процессом и с резкими психическими изменениями выражение лица часто производит впечатление тяжелой оглушенности или сонливости. Нечто характерное отмечают также в лице эпилептиков, особенно в выражении глаз, упорном, пристальном и в то же



Рис. 8. Застывшая поза больной с галлюцинациями.

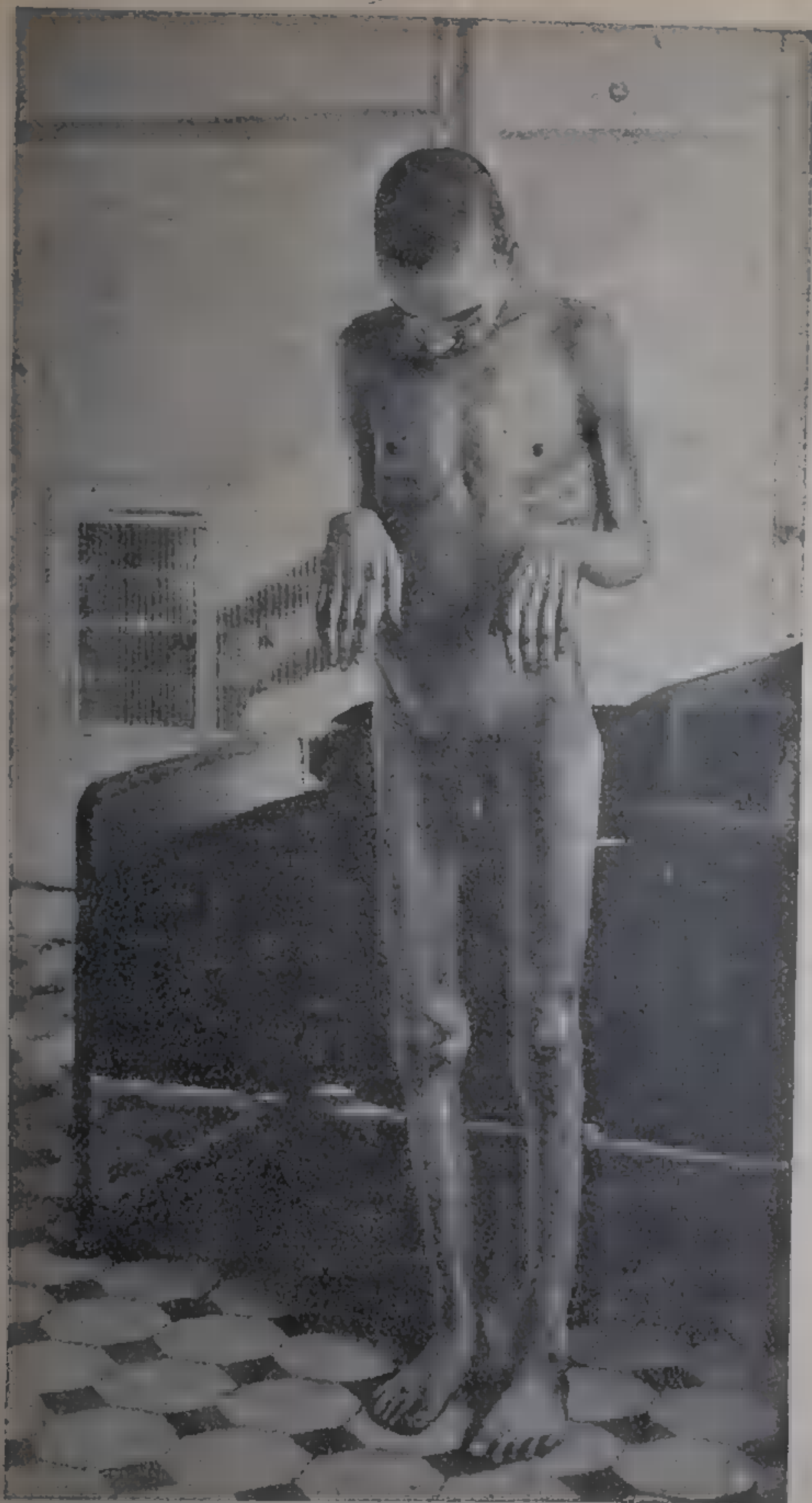


Рис. 9. Неестественно вычурная поза кататоника.

шее выстояние вперед глазных яблок, большая или меньшая раскрытость глазных щелей, зависящая от различных причин. Характерная картина пучеглазия, или экзофтальма, хорошо известна как один из кардинальных симптомов при базедовой болезни. С последней в психиатрии приходится встречаться не только потому, что вполне выраженные случаи ее сопровождаются известными явлениями психической возбудимости и неустойчивости, но и потому, что возможно сочетание этой болезни с вполне выраженными психозами, главным образом из той группы, которая характеризуется преимущественно аффективными расстройствами, именно с циркулярным психозом. Как известно, гораздо чаще встречаются слабо выраженные формы этой болезни—*formes frustes*; с ними главным образом приходится иметь дело в психиатрии. Что касается экзофтальма, то он наблюдается во всех случаях, где налицо картина

время как будто не видящим; говорят также об особенном блеске глаз эпилептиков, напоминающем блеск свинца (признак проф. Чижа).

В некоторых случаях, характеризующихся главным образом общим оживлением психики, эти черты ясно сказываются в выражении лица, мимике, равно как и в жестикуляции. При этом мимические движения вполне адекватны психическим переживаниям и психологически вполне понятны; они соответствуют мимике человека, который находится ■ очень веселом настроении, но эта веселость носит чрезвычайно резкий и потому болезненный характер. Оживленная мимика ■ этих случаях сопровождается такой же живой и разнообразной жестикуляцией (рис. 14).

Много внимания всегда приходится уделять области глаз, так как здесь очень часто наблюдаются расстройства и притом большого диагностического значения. Прежде всего обращает на себя внимание большее или мень-

резко выраженной симпатикотонии. В частности его можно наблюдать ■ некоторых случаях шизофрении, при заболеваниях пресенильного возраста, в случаях невротических реакций. Экзофтальм может объясняться не расширением сосудов глазницы, как то имеет место во всех перечисленных случаях, а может указывать на повышение внутричерепного давления (опухоль мозга, резко выраженные случаи головной водянки). Относительно шизофрении нужно иметь в виду, что иногда



Рис. 10. Поза и лицо меланхолички.

можно встретить по существу иное расстройство, но представляющее известное сходство с экзофтальмом; именно глазное яблоко оказывается более открытым, чем это имеет место в норме, не вследствие его выпячивания, а потому, что больные как-то усиленно таращат глаза, аналогично тому, как это наблюдается и в норме при афектах удивления. Такой эффект получается вследствие активного сокращения мускулатуры глаза; в противоположность этому при параличе помешанных широко раскрытые, как бы выпученные глаза представляют паретический симптом, зависящий от расслабления круговой мышцы глаза (заячьи глаза—lagophthalmus). Реже приходится встречаться с сужением глазной щели и западением глазных яблок (энофтальмия). Большое значение в патологии органических заболеваний имеют параличи глазных мышц. На их изучение всегда должно быть обращено особенное внимание, так как от точного выяснения их характера зависит определение локализации процесса, а иногда и его сущности. Из заболеваний, при которых психиатру приходится встречать параличи глазных мышц, на первом плане нужно поставить прогрессивный паралич и сифилис мозга, отчасти опухоли. При параличе помешанных параличи мышц чаще всего наблюдаются в качестве временного явления выпадения после инсультов. Параличи глазных мышц бывают выражены не всегда в одинаковой степени и одинаково на обеих сторонах. При параличе помешанных особенно часто приходится встречать легкое опущение верхнего века вследствие поражения нервной веточки или соответствующего центра, иннервирующей мышцу, поднимающую верхнее веко. При этом вследствие длительного усилия держать глаза достаточно широко открытыми часто наблюдается наморщивание лба.



Рис. 11. Бесмысленное маскообразное лицо паралитика.

ны более или менее сходную картину, оно не стоит в какой-нибудь зависимости от эмоциональных переживаний. Более грубый характер дрожание век носит при эпидемическом энцефалите. Нечто подобное иногда наблюдается при шизофрении; в этом случае имеет место не дрожание, а как бы судорожное хлопанье веками. Очень богата симптомами поражения глазодвигательных нервов картина эпидемического энцефалита. К ним помимо дрожания век относится прежде всего нистагм; он по своей форме такой же, как при рассеянном склерозе. При оценке его как диагностического признака нужно учесть, что в слабо выраженной форме (так называемые нистагмоидные явления) он представляет нередкое явление и в случаях, не относящихся прямо к патологии. Далее при энцефалите встречается отсутствие мигания, а также так называемый паралич взора—расстройство способности фиксировать какой-нибудь предмет только соответствующими движениями глаз, без поворота головы и всего туловища.

Большое внимание приходится уделять состоянию зрачков и радужной оболочки. Что касается последней, то помимо неодинаковой окраски и различных аномалий пигментации как врожденных особенностей, следует упомянуть о зеленоватом окрашивании радужки в виде круговой полосы при вильсоновской болезни. Аномалии могут касаться формы зрачка, которая иногда бывает не круглой, а оваль-

Общее ограничение подвижности глазных яблок, ■ особенности неспособность отводить их в стороны, может быть не органическим симптомом, а зависеть от психических причин, как то имеет место иногда при истерических расстройствах травматическом неврозе, а также при состояниях ступора. Часто приходится констатировать дрожание верхнего века, которое по своей форме и сущности не всегда одинаково. Очень часто оно вместе с дрожанием рук, общим тремором является невротическим расстройством. При параличе помешанных также нередко дрожание века; представляя с внешней сторо-

ной или щелевидной, а также положения зрачка; оно может быть эксцентрично. Нужно помнить также о возможности врожденного дефекта части радужной оболочки — колобомы, которая в отличие от искусственной колобомы, образующейся в результате операции придектомии, захватывает только внутреннюю, ближайшую к зрачку часть радужки и не доходит до наружного края.

Особенной тщательности требует исследование зрачков. В норме они должны быть средней величины, правильной круглой формы, совершенно одинаковы на обеих сторонах и живо реагировать как на свет, так на аккомодацию и конвергенцию. Для более точного выяснения состояния реакций именно на свет и для того, чтобы исключить влияние аккомодации, самое исследование лучше всего производить таким образом: предлагают пациенту смотреть прямо перед собой, затемняют рукой источник освещения, находящийся сбоку, и подвергают глаз

по очереди то освещению то затемнению. Для того чтобы результаты исследования были вполне надежны, необходимо достаточно сильное освещение; рассеянного дневного света для этой цели обычно недостаточно, и лучше ставить пациента около окна или пользоваться электрической лампой. Для более точных результатов исследование состояния зрачков и их реакции целесообразно производить в темной комнате, пользуясь хорошей электрической лампой и лупой. Очень частое изменение со стороны зрачков, — их неодинаковая величина, неравномерность. Если эта анизокория не соединяется



Рис. 12. Живое выражение глаз у скованной энцефалитички.



Рис. 13. Застывшая поза шизофренички.

световой реакции. В этих случаях на нее нужно смотреть как на симптом не раздражения симпатического нерва, а паралича п. oculomotorii, — именно той его части, которой иннервируется m. sphincter pupillae. Место поражения чаще приходится искать в ядрах, хотя могут быть поражены и идущие от них нервные веточки. Так как ядра глазодвигательного нерва расположены на известном расстоянии друг от друга и та часть из них, которая иннервирует m. sphincter pupillae, вынесена довольно далеко вперед, то нередко бывает, что п. oculomotorius поражается не весь целиком, а в отдельных частях, и в частности зрачковые расстройства могут быть совершенно изолированным явлением. Самым серьезным из них нужно считать полное отсутствие световой реакции при сохранении реакции на конвергенцию и аккомодацию — симптом Аргиль—Робертсона. Отсутствие световой реакции может быть вызвано поражением на всем протяжении рефлекторной дуги, приводящей части зрительного нерва или соответствующих волокон глазодвигательного нерва. Чаще всего конкретная причина отсутствия световой реакции заключается в изменениях, связанных с сифилисом, будет ли то сифилис мозга как таковой или, что бывает особенно часто, прогрессивный паралич и сухотка спинного мозга. Отсутствие световой реакции можно наблюдать также при опухолях мозга, в особенности при наличии атрофии зрительного нерва, а также при мозговом артериосклерозе; в этом

с ослаблением световой реакции, то ей нельзя придавать большого значения. Она может зависеть от самых разнообразных причин, влияющих на иннервацию. Расширение зрачка, с одной стороны, может быть обусловлено раздражением симпатического нерва, причем источники этого раздражения не всегда одинаковы; они могут например заключаться в туберкулезе верхушки легкого или в аналогичных изменениях желез на шее. Неравномерность зрачков — нередкое явление у лиц, перенесших сифилис и не обнаруживающих вообще признаков специального поражения нервной системы. Чаще всего все-таки неравномерность зрачков наблюдается при органических поражениях мозга, где она обыкновенно комбинируется с расстройствами

случае чаще, чем в других, реакция страдает не только на свет, но и на аккомодацию и конвергенцию. Кроме полного отсутствия световой реакции может констатироваться только ослабление ее в форме уменьшения экскурсии края зрачка или в смысле вялости, медленности самого сокращения. Содружественная реакция другого, не освещаемого глаза при прогрессирующих процессах, например прогрессивном параличе помешанных, исчезает раньше, чем прямая реакция на свет. Вместе с отсутствием световой реакции и неравномерностью зрачков нередко наблюдается неправильная их форма. Нужно впрочем заметить, что это изменение может быть последствием каких-



Рис. 14. Мимика и жестикуляция маниакального больного в состоянии эйфории.

нибудь воспалительных явлений, оставивших после себя синехии. Изредка, именно в том случае, когда исследование световой реакции производится при закрывании и открывании глаз самим пациентом, производится при открывании глаз и следовательно освещении их наблюдается не сужение зрачков, а расширение их. Эта так называемая парадоксальная реакция объясняется содружественным движением *m. dilatatoris pupillae*. Во многих случаях наблюдаются более тонкие изменения со стороны зрачков, зависящие как от соответствующих органических изменений, так и от психических моментов. При пропускании легкого гальванического тока в норме, как и при раздражении светом, получается сужение зрачка. Как показал Бумке, этот рефлекс отсутствует в громадном большинстве случаев прогрессивного паралича помешанных: при этой болезни обычно не бывает также и расширения зрачков на болевые раздражения. Может отсутствовать также расширение зрачка на психическое раздражение, напряжение внимания, напряженную интеллектуальную работу, например выполнение счета. Бумке установил, что такое расширение отсутствует в 60% случаев шизофрении (с имптом Бумке). Как отражение психических волнений, может наблюдаться так называемое беспокойство зрачков (*Pupillenunruhe*)—незначительные, большей частью устанавливаемые только при помощи лупы колебания края зрачка. В случаях сильно выраженного психического угнетения и двигательной заторможенности может наблюдаться ясно

видная и без лупы попеременная игра сужения и расширения звучков (гиппус).

Не менее важным представляется исследование способности речи. Здесь необходимо обращать внимание, с одной стороны, на психические особенности речи, т. е. на ее содержание и построение, с другой — на неврологическую сторону. В первом случае прежде всего приходится считаться с количественной стороной, с обильной речевой продукцией или, наоборот, с бедностью ее. Повышенная речевая продукция, так сказать гиперлогия, наблюдается в различных случаях, причем каждому отдельному заболеванию соответствуют свои особенности в построении речи. Значение этих особенностей тем более велико, что они соответствуют характеру внутренних механизмов, стоит ли последний в связи с прирожденным психофизическим складом или с болезненными изменениями. При маниакальном возбуждении речь как бы не поспевает за обилием образов; слова теснятся одно за другим, причем больной не успевает кончить одну фразу, как бросает ее и начинает другую. Резко отличается от нее речь возбужденных шизофреников. Здесь при обилии слов бросается в глаза отсутствие внутренней связи между ними, благодаря чему речь производит впечатление набора слов, словесной окрошки (Wortsalat); ассоциации часто совершенно неожиданны, идут как бы скачками; часты повторения одного и того же слова или фразы — стереотипия речи, иногда переиначивание слова и бессмысленное нанизывание одного слова на другое — вербигерация, иногда образование совершенно новых слов. Наиболее существенные особенности такой речи — бедность мыслями и бессвязность в построении. Гиперлогией отличается и речь эпилептиков; характерная ее особенность — чрезмерная обстоятельность с топтанием на одном месте и с долгими остановками на отдельных малозначительных эпизодах. Наклонностью подолгу оставаться в одном круге представлений, как бы прилипать к одному образу (персеверация), отличается речь больных с органическими заболеваниями, но здесь не обязательна гиперлогия как таковая. Особенный характер носит речь у больных с истерическими реакциями, главным образом у женщин. В этом случае характерно не столько содержание, которое часто совершенно случайно, а манера речи, напоминающая причитания плакальщиц на похоронах или сказателей былин с ритмическими повышениями и понижениями интонации. В некоторых случаях речь обращает на себя внимание неправильной расстановкой слов — акафазия, причем эта особенность может быть свойственна и письменной речи — акаграфия, или совершенно неправильным грамматическим отношениям построением аграмматизмом. Виды речи, бедной словами, естественно не так разнообразны и характеризуются меньшим количеством признаков. Скупая на слова речь свойственна старческому слабоумию и другим органическим заболеваниям. При депрессивных состояниях речь монотонная и немногословная, но каждое слово имеет определенный смысл и существенно по своему внутреннему содержанию. Некоторым шизофреникам свойственно говорить отрывисто, схематично, так сказать, в телеграфном стиле. Что касается расстройств речи неврологического порядка, с которыми приходится встречаться у душевнобольных, то они могут быть различного

пор
нос
зан
мод
ния
ста
в ф
ны
нед
Ди
при
не
кам
так
бул
вст
мо
пр
для
наб
сло
дру
на

ны
и п
но
ств
вах

всл
ряд
сло
стр
чес
пси
при
зы
те-
при
дае
не
сив
цеф
ся
пр
но
по
сл
пя
бо

10

порядка. Могут быть изменения фонации, причем голос принимает носовой оттенок (главным образом в случаях пареза мышц небной занавески), становится монотонным, лишенным каких бы то ни было модуляций (прогрессивный паралич и вообще органические заболевания, в особенности эпидемический энцефалит). Часто приходится констатировать расстройства артикуляции. Иногда они представляются в форме шепелявости, картавости, невнятного произношения отдельных звуков (л, р), шипящих, свистящих. Являясь врожденной недостаточностью, они обычны в случаях врожденного слабоумия. Дизартрия вследствие поражения ядер продолговатого мозга на почве приобретенной болезни носит более грубый, более общий характер, не обнаруживая избирательности по отношению к определенным звукам. Этого типа бульбарное расстройство, если оставить в стороне такие типические неврологические картины, как прогрессивный бульбарный паралич, и иметь в виду собственно психозы, чаще всего встречается при прогрессивном параличе помешанных, сифилисе мозга и артериосклеротическом помешательстве. При параличе оно представляет некоторые характерные особенности, имеющие значение для диагноза. Помимо неясного произношения отдельных звуков наблюдается пропускание их; особенно это относится к окончаниям слов; иногда пропускаются целые слоги или один ставится впереди другого; нередко также внезапное запинание, как бы спотыкание на слогах.

Изучение почерка вообще представляет большое значение и главным образом в двух отношениях. С одной стороны, особенности письма и почерка могут много дать для характеристики типа личности больного, с другой стороны, они могут иметь прямое отношение к существу болезни. Ввиду этого о почерке подробнее будет сказано в главах, относящихся к отдельным заболеваниям.

Термином **логоклония** обозначают такие случаи, когда вследствие своеобразной судороги речевой мускулатуры много раз подряд произносится один и тот же звук или слог, обычно стоящий в конце слова, например фланелелель, папиросассас и т. п. Этого рода расстройство наблюдается при параличе помешанных, артериосклеротическом помешательстве, в особенности при той форме пресенильного психоза, которая носит название альцгеймеровской болезни. Иногда приходится наблюдать речь с расстановкой отдельных слогов, так называемую **скандированную** речь. Больной говорит например те-перь я-со-всем здо-ров. Помимо рассеянного склероза, с которым приходится иметь дело и психиатру, потому что он нередко сопровождается значительными изменениями в психической сфере и даже вполне выраженными психозами, такое расстройство нередко при прогрессивном параличе. Изредка, главным образом при эпидемическом энцефалите, приходится наблюдать своеобразное расстройство речи, носящее название **паллалии** и впервые описанное Суком (Souque) при псевдобульбарном параличе. Оно заключается в том, что больной, верно ответив на вопрос или сказав что-нибудь по собственному почину, по многу раз повторяет весь ответ, если он короток или последнее слово его. Например вопрос: сколько вам лет? Ответ: двадцать пять, пять, пять. Вопрос: голова болит? Ответ: голова болит, болит, болит.

Явления **з а и к а н и я**, как невротическое расстройство, в большой мере интересуют психиатра; помимо того, что они часты в картине неврозов, они играют большую роль в детской психопатологии. Заикание в основе представляет судорожное расстройство (*Dysarthria spastica*). От него нужно отличать сходную с внешней стороны картину внезапных остановок речи, как бы закупорки ее (*S p e r g u n g*). Это расстройство типично для шизофрении и обусловливается своеобразным расстройством передачи нервного возбуждения, благодаря которому внезапно возникают кратковременные паузы, повторяющиеся через небольшие промежутки времени и не имеющие никакого отношения ни к эмоциональным переживаниям ни к судорожным движениям. Об этом расстройстве мы упоминаем здесь потому, что оно может дать повод для смешения с заиканием; вообще же оно относится в такой же мере к изменениям психического порядка; о других особенностях речи, зависящих не от поражения тех или других центров, имеющих отношение к акту речи, а от расстройства в течении представлений, будет сказано при описании отдельных болезненных состояний.

Довольно часто приходится встречать расстройство речи не в форме дизартрии, вообще бульбарного типа, а афазические явления в собственном смысле, зависящие от поражения тех или других кортикальных центров. Они конечно наблюдаются при органических заболеваниях и в своей структуре как очаговые расстройства зависят от локализации тех участков, которые затронуты в каждом отдельном случае. Возможны как **м о т о р н а я а ф а з и я**, так и различные виды **с е н с о р н о й а ф а з и и**. Особенно часто приходится наблюдать явления **а м н е с т и ч е с к о й а ф а з и и**. При эпилепсии в послеприпадочных состояниях и в очень долго длящихся случаях с развитием слабоумия на почве органических изменений в мозгу независимо от припадка—обычен **о л и г о а ф а з и ч е с к и й** синдром, описанный проф. А. Н. Бернштейном. Он заключается в том, что больной узнает показываемый ему предмет, но не может вспомнить соответствующего названия; при этом, если ему подсказать нужное слово, он его повторит с чувством живого удовлетворения, как то, что именно подходит в данном случае. Иногда при этом имеют место и расстройства узнавания—**а с и м б о л и я**—как частичное проявление душевной слепоты.

При психозах с органической основой (артериосклеротическое помешательство, старческое слабоумие, пиковская болезнь, прогрессивный паралич, опухоли мозга) можно констатировать явления **а л е к с и и**, **а к а л ь к у л и и**, **о п т и ч е с к о й а г н о з и и**.

Возможны также **а п р а к т и ч е с к и е р а с с т р о й с т в а**—невозможность выполнить сложные движения, например зажечь спичку, застегнуть пуговицу, выполнить одновременно два или три поручения, не вследствие паралича отдельных движений, а в результате поражения кортикальных центров, работа которых необходима для координирования отдельных двигательных актов в одно сложное целое.

К невротическим расстройствам относится **а ф о н и я**, внезапная потеря голоса под влиянием волнений, **м у т и з м**—состояние, когда больной понимает вопросы, но не отвечает на них или объясняется знаками. Сходную картину представляет **м у т а ц и з м**—расстройство, наблюдаемое при шизофрении, как проявление не вызываемого никакими эмоциями стремления к противодействию—**н е г а т и в и з м а**; оно обычно сопровождается другими кататоническими симптомами (восковая гибкость, застывшие позы, импульсивные поступки и пр.).

Большое внимание приходится уделять состоянию высших органов чувств, из которых на первом месте нужно поставить зрение. Из-

менение остроты зрения так называемого *visus*, может указывать на те или другие заболевания светопреломляющих сред глаза, а главное на поражение нервного аппарата. В связи с этим имеет громадное значение исследование дна глаза. Оно может обнаружить различные атрофические изменения в зрительном нерве, которые резче всего сказываются на сосочках. Атрофия сосков зрительного нерва в резкой форме не особенно редкое явление при прогрессивном параличе и сухотке спинного мозга, сифилисе мозга и опухолях его, когда она обычно развивается как исходное состояние застойных сосков; последние почти постоянно констатируются не только при опухолях мозга, но и вообще во всех случаях, где имеются условия для повышения внутричерепного давления. Резко выраженный атрофический процесс зрительного нерва и особенности сосочков наблюдается при семейной амавротической идиотии; характерным является при этом появление особенного вишнево-красного с сероватым оттенком округлого участка на месте желтого пятна. Точное установление этих изменений, равно как и некоторых других, например диссеминированного хориодита, пигментного ретинита и других, равно как и их оценка, требует консультации опытного офтальмолога.

Во многих случаях может представить большой интерес точное установление границ поля зрения, которое возможно только при помощи периметра. **К о н ц е н т р и ч е с к о е с у ж е н и е п о л я з р е н и я**—частое явление у больных с истерическими реакциями, но оно может иметь и органическую подкладку; такое например сужение—постоянное явление при атрофических изменениях зрительного нерва. Очень важно также установить наличность и размеры **г е м и а н о п с и и**.

Меньшее значение имеют, но также важны изменения со стороны слуха. С ними больше всего приходится считаться в детской патологии. Это прежде всего относится к тем случаям, когда в связи с глухотой вследствие заболеваний уха в ранних периодах жизни развиваются немота и слабоумие. Но и менее тяжелые расстройства слуха, равно как и зрения, у детей могут повлиять на развитие интеллекта и быть причиной известной, иногда довольно значительной умственной отсталости. У детей приходится наблюдать еще одно интересное явление, носящее название немоты без глухоты (*Hörstummheit*); это—маленькие дети, у которых речь подобно тому, как это наблюдается у глухих, не развивается, хотя они не являются собственно ни глухими, ни слабоумными. В этих случаях дело сводится только к запоздалому развитию речи, равно как и вообще моторики; впоследствии такие дети доразвиваются во всех отношениях, начинают правильно говорить и догоняют своих сверстников.

Не только для органических заболеваний в собственном смысле, но и для шизофрений, равно как и для случаев с невротическими расстройствами, большое значение имеет точное выяснение состояния движения, чувствительности и рефлексов. Исследование этой стороны в общем производится по методам, разработанным невропатологами; у душевнобольных оно представляет ряд особенностей и по самой технике и по получаемым результатам. На состояние рефлексов, равно как и чувствительности, большое влияние оказывают психические переживания, связанные в свою очередь с вегетативными рас-

стройствами. Например различные изменения со стороны мышечного тонуса, зависящие от измененного химизма, существенным образом отражаются на состоянии рефлексов. Нередко приходится считаться с явлениями повышенной мышечной возбудимости. В наиболее резко выраженной форме это имеет место при тетании, но нечто аналогичное может наблюдаться во всех случаях, где является обычным уменьшение количества кальция, а также при всех состояниях истощения. Обычным признаком такой повышенной возбудимости является так называемый мышечный валик—местное сокращение мышцы, дающее сохраняющееся некоторое время возвышение в виде валика после довольно сильного удара перкуссионным молоточком; исследование этого рода удобнее всего производить на двуглавой мышце плеча или большой грудной мышце. В резко выраженной форме мышечный валик на двуглавой мышце можно получить, быстро сжимая ее между пальцами. Явление такого же порядка—симптом Хвостека—постоянный признак не только при тетании, но вообще при спазмофильическом состоянии. Он заключается в сокращении лицевой мускулатуры при поколачивании молоточком в некоторых местах, соответствующих месту прохождения веточек лицевого нерва. Обычно он вызывается поколачиванием под скуловой дугой, причем сокращается мышца, поднимающая угол рта и верхнюю губу.

Из сухожильных рефлексов некоторые имеют довольно большое значение и должны быть исследованы во всех случаях: на руках—это рефлекс с двуглавой и трехглавой мышц, а также ладонный рефлекс—сгибание пальцев при поколачивании середины ладони, на ногах—коленные и ахилловы рефлексy.

У некоторых больных нелегко бывает достигнуть необходимого расслабления мускулатуры, вследствие чего приходится прибегать к особым приемам. Для лучшего вызывания коленного рефлекса рекомендуется применять метод Иендрассика: перед исследованием, после того как одно колено положено на другое, предлагают переплести пальцы рук ■ растягивать их в разные стороны, закрыв глаза. В таких случаях поколачивание молоточком по сухожилию четырехглавой мышцы под коленной чашкой вызывает поднятие колена. Лучшие результаты получаются, если уложить больного в постель вверх лицом, приподнять его ногу рукой, положенной под коленный сустав, и ударять по сухожилию. У шизофреников вследствие нередко наблюдающегося у них напряжения мускулатуры приподнятая после поколачивания по сухожилию голень не сразу опускается и на некоторое время остается висющей в воздухе — симптом Мейяра (Meyard). У лиц с повышенной возбудимостью, а в особенности у наклонных к истерическим реакциям, кроме приподнимания голени наблюдается вздрагивание всей ноги, которое распространяется также на другую ногу и на все тело. Ахиллов рефлекс лучше исследовать также в лежащем положении; стопа берется при этом пальцем за носок и молоточком ударяют посредине ахиллова сухожилия; при этом должно получиться подошвенное сгибание стопы. Хорошим приемом является также следующий: больного ставят на колени на кушетку или кресло спиной к исследователю так, что стопы пациента висят в воздухе, и ударяют молоточком по ахиллову сухожилию. Нужно иметь в виду, что ахилловы рефлексy в известном проценте случаев не вызываются у лиц, не представляющих каких-нибудь патологических изменений. В исключительных случаях то же может случиться с коленными рефлексами.

Кроме этих основных рефлексов, исследование которых нужно считать абсолютно обязательным, часто обращается внимание и на состояние некоторых других. К таким в области рук нужно отнести рефлексy Лери и Майера, в области ног — Мендель—Бехтерева и Жуковского. Рефлекс Лери заключается в приведении большого пальца при пассивном сгибании IV и V

пальцев в пястно-фаланговых суставах, Майера — в сгибании локтя при пассивном сгибании пальцев в тех же суставах, Мендель—Бехтерева — в сгибании пальцев стопы при поколачивании в области IV и V плюсневых костей, наконец Жуковского (или медиоплантарный рефлекс французских авторов) сгибание стопы и пальцев при перкуссии посредине стопы.

Понижение сухожильных рефлексов и отсутствие их обычно указывает на поражение периферического нейрона. В клинике нередко приходится считаться с угасанием рефлексов на почве полиневрита, как то имеет место при инфекциях, интоксикациях, в особенности алкогольной, и в частности при так называемом корсаковском психозе. В таких случаях наблюдаются и другие невритические симптомы: боли, расстройства чувствительности периферического типа, понижение электровозбудимости. Чаще с понижением и отсутствием рефлексов, главным образом коленных, приходится считаться как с табическим явлением, осложняющим картину прогрессивного паралича помешанных. Значительно чаще приходится наблюдать повышение сухожильных рефлексов. Оно вообще указывает на поражение пирамидных путей или по крайней мере на их раздражение, а также на отсутствие торможения со стороны головного мозга вследствие перерыва путей где-нибудь на протяжении выше клеток передних рогов спинного мозга. В таких случаях обычно наблюдаются и явления так называемых клонусов. Последние выступают иногда и сами при вызывании соответствующих рефлексов, но обычно могут быть обнаружены только при применении особых приемов. Например для вызывания клонуса коленной чашки необходимо после расслабления ноги в лежащем положении сразу сдвинуть книзу коленную чашку, захватив ее между пальцами. О клонусе говорят при этом тогда, когда вследствие попеременных сокращений и расслаблений четырехглавой мышцы коленная чашка совершает непрерывные движения вверх ■ вниз. Для вызывания клонуса стопы дистальную часть стопы прижимают ладонью кверху с известной силой; при этом стопа начинает делать попеременные сгибательные и разгибательные движения, которые не прекращаются, пока продолжают надавливать на стопу. Клонусы — вообще симптом, указывающий на органическое поражение, но в единичных случаях их можно констатировать и при невротических реакциях, например истерии. В качестве временного явления их можно встретить при эпилепсии. Такое же значение имеют так называемые патологические рефлексы. К ним прежде всего нужно отнести симптом Бабинского. В норме раздражение подошвы проведением по ней рукояткой перкуSSIONного молотка дает сгибание пальцев ■ обычно отдергивание всей стопы. О симптоме Бабинского говорят тогда, когда наблюдается тыльное сгибание большого пальца, отчасти движение и других пальцев, которое однако не так ясно по своему характеру. Антагонистом ему является симптом Россолимо — сгибание большого пальца, отчасти и других при поглаживании их с подошвенной стороны, причем оно должно производиться с известной силой и отдельными приемами с короткими промежутками, как будто оно имеет целью усиленное тыльное сгибание пальцев. Оба вышеописанные симптома указывают на поражение пирамидного пути. Интересно отметить, что у маленьких детей до двух лет оба эти рефлекса представляют физиологическое явление, потому что соответствующие пирамидные пути не обложены еще миелином. Такое же значение имеет рефлекс Оппенгейма — тыльное сгибание стопы при сжатии области большеберцовой кости, идя сверху книзу, или при поколачивании передней поверхности голени молоточком.

Аналогичен еще рефлекс Гордона — тыльное сгибание большого пальца при сдавливании икроножных мышц.

Три последние рефлекса являются собственно сухожильными. Но и относительно последних как таковых в некоторых новых работах указывается, что они скорее являются не сухожильными, а надкостничными, фасциальными и т. п. За последнее время происходит интенсивный пересмотр учения о рефлексах, выставляются новые положения о сущности прежде известных феноменов и описываются новые рефлексы и притом имеющие значение чего-то нового и в принципиальном отношении. С именем Магнуса Клейна связано представление о так называемых установочных рефлексах (Stellreflexe) и рефлексах положения. Эксперименты с д е ц е р е б р а ц и е й — удалением более или менее значительных частей головного мозга у животных

(кошек и собак) — показали, что и при этих условиях сохраняется способность принимать правильное положение в пространстве; например брошенное на пол животное всегда переворачивается и встает на ноги; при подпирании лапы снизу все мышцы ноги напрягаются с ясно выраженной тенденцией дать ей прочную опору. По этим новым данным распределение тонического напряжения по отдельным мышечным группам в значительной мере является рефлекторным в зависимости от раздражений, идущих из полуокружных каналов. Например поворот головы влево при вытянутых вперед руках дает сгибание левой руки и разгибание правой в локтевом суставе при одновременном отведении их тоже влево. Этого рода явления относятся к области тонических реакций или так называемых *постуральных рефлексов* (Шеррингтон). Для них типично, что реакция сохраняется все время, пока длится раздражение, причем в качестве последнего служит изменение положения той же мышцы или какой-либо другой; в наиболее отчетливой форме это наблюдается в патологических случаях. *Офисационных рефлексах*, развивающихся в самой мышце, может дать представление *тибиальный феномен Штрюмпеля*: пассивное тыльное сгибание стопы удерживается очень долго, причем мышца сильно напрягается. К реакциям, развивающимся в другой мышце, относятся *рефлексы антагонистов* или *растяжения*, например известный симптом Ласега при ишиасе. При реакциях опоры изменение положения одного члена вызывает целую рефлекторную синергию: например при пассивном тыльном сгибании пальцев ноги происходит фиксация всей ноги в положении разгибания (положительная реакция опоры). Пассивное подошвенное сгибание пальцев, наоборот, дает сгибание конечностей во всех суставах и ее легкую подвижность при пассивных движениях (отрицательная реакция опоры). Реакции опоры наблюдаются главным образом при мозжечковых и лобных поражениях. Эти новые факты несомненно имеют большое значение. Заболевания головного мозга, ведущие к значительным разрушениям нервного вещества, являются своего рода децеребрацией и могут выявить те же механизмы, которые установлены экспериментами на животных. Чем дальше идет эта децеребрация, тем больше вскрываются рефлекторные механизмы, особенно свойственные ранним периодам психического развития. Не случайно, что многие слабоумные больные, например шизофреники, принимают особые позы, напоминающие иногда положение тела утробного младенца; не случайно также, что у глубоко слабоумных больных, которых можно приравнять к животным с очень глубокой децеребрацией, наблюдается особый рефлекс, свойственный новорожденным младенцам, — открывание рта при приближении к нему какого-либо небольшого предмета (*рефлекс сосунков* — *Säuglingsreflex*).

Из патологических рефлексов в области лица заслуживает внимания рефлекс Хольмгрена: при поглаживании с легким надавливанием границы лба и волосистой части головы происходит приподнимание верхнего века. Этот феномен наблюдается при центральных поражениях лицевого нерва.

Из рефлексов со слизистых оболочек и кожи нужно иметь в виду прежде всего конъюнктивальный и глоточный рефлексы. Первый заключается в закрывании глаза при раздражении конъюнктивы близ края роговицы шерстинкой или кусочком ваты. Отсутствие или ослабление этого рефлекса свойственно как больным с истерическими реакциями, так и всем больным, у которых наблюдается расстройство чувствительности. Исследование глоточного рефлекса производится ложечкой или шпателем, которым прикасаются к мягкому небу. Отсутствие его считается одним из признаков, свойственных больным с истерией, но он может иметь и другое, в частности органическое происхождение. Вызывание рефлекса с эпи- и гипогастрия, а также кремастеррефлекса у душевнобольных не представляет каких-либо особенностей. Значение их, а также подошвенного — такое же, как и кожных рефлексов вообще. Рефлексы тазовых органов, мочевого пузыря, кишечника, половых органов подвергаются частым рас-

стройствам при психозах органического характера, особенно при прогрессивном параличе, старческом слабоумии и состояниях психического недоразвития.

Поясничный прокол и исследование спинномозговой жидкости

Исследование спинномозговой жидкости (liquor cerebrospinalis или просто liquor) имеет большое диагностическое значение. Это и естественно ввиду условий образования жидкости и ее состава. Она образуется в мозговых желудочках главным образом сосудистыми сплетениями, может быть также эндотелием мозговых оболочек, выстилающим подпаутинную полость; возможно, что к жидкости примешивается лимфа из периваскулярных лимфатических пространств через отверстия в мягкой мозговой оболочке. При этом на жидкость нельзя однако смотреть просто как на транsudат крови, так как составные части плазмы и крови в количественном отношении очень различны. Считают сосудистые сплетения до известной степени органом внутренней секреции, на что указывают также некоторые данные эксперимента; например известные по действию на закрытые железы пилокарпин и атропин аналогичным образом, хотя ■ не ■ такой степени, влияют на сплетение (пилокарпин усиливает образование жидкости, атропин — уменьшает). Нет возможности все-таки говорить о полной аналогии с закрытыми железами ввиду того, что сосудистые сплетения не продуцируют какого-либо специфического секрета, так как все, что содержится в жидкости, имеется и ■ крови. С другой стороны, что здесь не простая трансудация, видно из факта задержки некоторых веществ в крови и непроникании их в жидкость; иммунные тела например так же, как и бактерии, не переходят ■ жидкость. Как правило не проникают в жидкость медикаменты; лишь при насыщении их в крови некоторые могут быть открыты и ■ жидкости, например хлороформ, бром, уротропин, мышьяк (после вливания салварсана). Таким образом элементы, принимающие участие ■ образовании жидкости, обладают активной и избирательной способностью задерживать некоторые вещества; для изучения этих барьерных функций особенно много сделано русским физиологом Л. С. Штерн.

Исследование проходимости гемато-энцефалического барьера ■ психиатрии применяется обычно по бромному методу Вальтера, но более целесообразно об этой стороне судить, как предлагает это делать Л. С. Штерн, по данным количественного сравнительного анализа нормальных ингредиентов в крови и жидкости. Изучение барьерных функций становится таким образом одним из моментов исследования обмена. Упомянутые глобулиновые реакции указывают на повышение содержания глобулина. В норме отношение между глобулинами и альбуминами жидкости равно приблизительно 1 : 5. Этот белковый коэффициент (0,2) значительно повышается при различных формах сифилиса мозга и менингитах. Повышение содержания сахара в жидкости типично для эпидемического энцефалита. При расстройствах липоидного обмена наблюдается повышение содержания холестерина. Плаут и Руди исследовали на содержание холестерина жидкость в большом количестве психозов, причем получили такие результаты: при шизофрении содержание холестерина стоит на верхней границе нормы, у паралитиков более, чем в половине случаев, оно повышено; наиболее значительное повышение констатируется при артериосклерозе и старческом слабоумии. Как показали эксперименты, повышение содержания в жидкости отчасти стоит в связи с аналогичными изменениями в крови, но чаще причиной можно счи-

тать процессы распада в центральной нервной системе. На это ■ особенности указывает параллелизм с повышением в жидкости белков и глобулинов.

Исследование спинномозговой жидкости таким образом дает возможность судить об изменениях как мозговых оболочек, так и самого вещества мозга и всего организма. Она чрезвычайно чувствительна по отношению к различным инфекционным и интоксикационным заболеваниям и различным другим процессам. Например во вторичном периоде сифилиса со стороны спинномозговой жидкости наблюдается постоянное увеличение числа форменных элементов и количества глобулинов, притом даже если со стороны нервной системы нет никаких объективных данных, равно как и не высказывается никаких субъективных жалоб. Естественно, что изменения особенно должны быть значительны во всех случаях, когда в мозгу и оболочках имеются разрушительные или воспалительные процессы. Исследование изменений, появляющихся в этих случаях, может дать прямые указания на характер болезненного процесса. Имеет значение с точки зрения диагноза также и то, что в патологических случаях изменяются и барьерные функции, притом не одинаково при различных заболеваниях.

Получение цереброспинальной жидкости при известном опыте не представляет затруднений и при соблюдении необходимых предосторожностей может считаться совершенно безопасной операцией. Она однако несколько болезненна и у некоторых душевнобольных может быть причиной более или менее значительного сопротивления; последнее однако обычно удается преодолеть. Слабоумные больные, в частности паралитики, большей частью чрезвычайно безразлично относятся к поясничному проколу, не обнаруживая никакого сопротивления. Пункция как правило должна производиться натошак в сидячем или лежащем положении. Сидячее положение предпочтительно в тех случаях, когда необходимо получить более значительное количество жидкости. Если пункция производится в сидячем положении, больного с обнаженной верхней частью туловища сажают на высокую табуретку и заставляют сильно нагнуться вперед так, чтобы промежутки между остистыми отростками и самые отростки выступали более ясно. Если при этом соединить прямой линией верхние края гребешков подвздошных костей, то она пройдет через тело III поясничного позвонка, иногда верхний конец IV позвонка. Пункцию производят или между III и IV позвонками или между II и III. Так как нижний конец спинного мозга лежит на уровне верхнего края II поясничного позвонка, то опасность поранения его исключается. Для пункции употребляют тонкую и острую иглу, длиной 10—12 см с мандреном. Место вкола дезинфицируется спиртом и иодом. Какого-либо обезболивания обычно не требуется; ■ крайнем случае можно прибегнуть к эфиру или хлорэтилу. Вкол делается прямо по средней линии перпендикулярно к поверхности спины с небольшим уклоном вниз так, чтобы получался угол в 70—80°. Чрезвычайно важно точно определить место вкола, которое после установления его пальпацией следует отметить, намазывая иодом поперечную полоску, которая проходила бы как раз через соответствующий промежуток. Важно, чтобы игла была острая. При таких условиях легче преодолеть сопротивление кожи и обеспечить покойное положение пациента. В противном случае, в особенности при проколе кожи, можно потерять точно установленный пункт, уклониться от верного направления и не попасть в канал или, даже достигнув его, не проколоть мешка твердой мозговой оболочки. После кожи некоторое сопротивление игле оказывают только связочный аппарат позвоночника и твердая мозговая оболочка, при проколе которых рука, держащая иглу, испытывает своеобразное ощущение. После того как игла попадает в канал, вынимается мандрен, и жидкость начинает вытекать сама или каплями или при сильном давлении в ней непрерывной тоненькой струйкой. В некоторых иглах имеются особые приспособления, дающие возможность точно измерить давление высотой столба, до которого поднимается жидкость в вертикальной стеклянной трубке, соединенной с отверстием в головке иглы. Обычно можно без вреда для больного выпустить около 10 кубиков жидкости. При повышенном давлении оно конечно может быть значительно увеличено. Большое количество приходится выпускать также, если предполагают ввести эндолумбально то или другое лекарственное вещество. Рекомендуются первые капли жидкости не брать в пробирку, так как они могут быть загрязнены благодаря примеси

крови, что иногда может зависеть от поранения мелких сосудов кожи или мягких тканей, через которые проходит игла. Если примесь крови имеется и в последующих порциях, то иногда осторожным выдвиганием иглы и обратным вдвиганием и поворачиванием ее удается добиться выделения совершенно прозрачной жидкости. В противном случае приходится делать вкол в другом промежутке, так как примесь крови к жидкости делает ее негодной для исследования. Когда игла попадает в канал, больной иногда испытывает боли в той или другой ноге вследствие раздражения корешков; легкое передвигание иглы обычно ведет к прекращению боли. После пункции больной укладывается в постель и день-два должен лежать без подушки.

Последнее время нередко применяется так называемая субоксипитальная пункция, при которой игла вкалывается тотчас над задним отростком атланта перпендикулярно к поверхности шеи. Она представляет более сложную операцию и не вошла еще в общее употребление.

Полученная спинномозговая жидкость должна быть исследована по возможности в скором времени; в особенности это относится к сосчитыванию в ней форменных элементов. В нормальном состоянии она совершенно прозрачна, бесцветна, слегка щелочной реакции; удельный вес ее 1,006—1,007. Общее количество белка колеблется между 0,09 и 0,25%. Глобулины в нормальной жидкости обычно отсутствуют, лишь изредка обнаруживаются в виде ничтожных следов. Клеточные элементы в норме содержатся в количестве от 1 до 5 на 1 мм³. Количество 5—9 может считаться подозрительным в смысле увеличения; если их больше 10, то это несомненно патология. Сосчитывание форменных элементов удобнее всего производить в счетной камере Фукса-Розенталя; она имеет достаточно большой объем (3,2 см³) и сосчитывание уже одной камеры может дать определенные результаты. Деление полученного количества элементов на 3 дает величину, характеризующую степень цитоза.

Во многих случаях имеет значение не только собственно сосчитывание форменных элементов в жидкости, но и качественный их анализ. Последний возможен на препаратах, приготовленных по специальным методам. Из гематологических методов можно рекомендовать предлагаемый Счеси. Три кубика жидкости центрифугируются в течение 10 минут в стерильной пробирке с узким концом. После центрифугирования жидкость выливают, перевертывая пробирку, осадок вбирают пипеткой, наносят на 3—4 предметных стекла и высушивают в термостате при 37°. Препараты фиксируют на пластинке Коварского (120—130°) в течение 1/4 минуты и полчаса в сулемовом спирте (насыщенный раствор сулемы в физиологическом растворе смешивается с равным объемом абсолютного спирта), промываются дистиллированной водой, раствором иода в спирту и абсолютным спиртом. После высушивания мазки 5 минут красятся в продажном растворе метилгрюнпиронина. После промывания и высушивания препараты слегка обесцвечиваются в абсолютном спирте. Ядра лимфоцитов при этом окрашиваются в зеленый цвет, протоплазма — в светлорыжий. При способе Альцгеймера 5 см³ жидкости собирают прямо из иглы в 10—15 кубиков 90° спирта и центрифугируют, пока не образуется сгусток, который обрабатывают, как ткань, абсолютным спиртом (1 час), смесью спирта и эфира и эфиром с последующей заливкой в целоидин; полученные на микротоме срезы окрашивают метилгрюнпиронином (срезы наклеивают на стекла и перед окрашиванием метиловым спиртом извлекают целоидин). В качестве форменных элементов чаще всего приходится констатировать большие и малые лимфоциты, полинуклеары, реже фибробласты, зернистые шары, плазматические клетки, макрофаги и пр.

Большое значение имеют глобулиновые реакции, которые основываются на том, что некоторые нейтральные соли в известной концент-

рации осаждают только глобулины, причем альбумины остаются в растворе. Реакция Нонне—Апельта производится таким образом, что к жидкости прибавляют равное количество насыщенного раствора сернокислого аммония. В положительных случаях наступает более или менее резкое помутнение, иногда только опалесценция. Появление мути после 3 минут не считается положительной реакцией. Очень ясное представление о количестве глобулинов в жидкости дает видоизменение этой реакции, предложенное Росс-Джонсом. Приготавливают ряд разведений жидкости и наливают их осторожно на слои реактива, предварительно налитого в пробирки; на границе переслоенных жидкостей в положительных случаях образуется молочнобелое кольцо. О степени реакции судят по степени разведения спинномозговой жидкости, в которой получится еще через 3 минуты кольцо, и результат отмечают этим разведением.

В реакции Панди в качестве реактива применяется насыщенный раствор карболовой кислоты. В часовое стекло, поставленное на черную доску, наливают реактив и ■ него капают 1 каплю жидкости. Реакция положительна, если при соприкосновении жидкости с реактивом образуется различной густоты облачко.

В реакции Вейхбротта реактивом служит 1% раствор сулемы. 0,3 см³ раствора смешивают с 0,7 см³ жидкости и встряхивают. Результат оценивается, как при реакции Нонне—Апельта. Для того чтобы получаемые результаты считать точными, необходимо произвести не одну какую-нибудь глобулиновую реакцию, а ряд их. Реакция Нонне—Апельта наиболее испытана и потому может считаться особенно надежной. Реакция Панди обладает очень большой чувствительностью и иногда дает положительные результаты даже с нормальными жидкостями. Ясно выраженные глобулиновые реакции всегда указывают на органическое поражение центральной нервной системы. В этом отношении значение их такое же, как повышение общего количества белка в жидкости. В то же время они не указывают на этиологию заболевания и в частности не могут служить для целей дифференциального диагноза между отдельными заболеваниями, например между сифилисом мозга и прогрессивным параличом; но они имеют громадное значение для отделения органических заболеваний от невротических состояний, например от неврастении у сифилитика, а также при диагностировании латентных форм сифилиса нервной системы (асимптоматического нервного сифилиса).

Исследование жидкости не может быть полным без выяснения состояния вассермановской реакции. Техника ее здесь не представляет никаких особенностей. Обычно при одном и том же исследовании берется несколько пробирок с разными количествами жидкости (от 0,2 до 1,0 см³).

Положительная вассермановская реакция в жидкости всегда указывает на то, что нервная система определено поражена сифилитической инфекцией. Из этого правила могут быть лишь очень редкие исключения; так были случаи, когда вассермановская реакция оказалась положительной при туберкулезном менингите, при гнойном менингите у сифилитика, опухолях мозга (глиомы), сыпном тифе.

Для оценки диагностического значения ее в психиатрии прежде всего следует указать, что она всегда бывает положительна при прогрессивном

параличе помешанных и притом уже с малыми количествами жидкости (0,2). Некоторые авторы прямо указывают, что она при этой болезни бывает положительна в 100%, но несомненно бывают и исключения. Часть этих случаев вассермановской реакции должно вестись во всяком случае *lege artis* со всеми необходимыми контролями; иначе диагностические затруднения не только не будут разрешаться, но даже увеличиваться. Интенсивность вассермановской реакции при параличе до известной степени зависит от его течения. Она обычно бывает слабо положительна при медленно развивающихся формах, а также при ремиссиях. Специфическое лечение оказывает известное действие на вассермановскую реакцию в жидкости, но не в такой степени, как в крови. Полного параллелизма вообще между вассермановской реакцией в жидкости и в крови не существует, что и естественно ввиду неодинакового биологического их значения. Диагностическое значение вассермановской реакции в жидкости по отношению к специфическим заболеваниям центральной нервной системы более велико, чем в крови. В этом нет ничего удивительного, так как в жидкости она стоит в связи не столько с общей инфекцией организма, сколько с местными биохимическими изменениями в нервной ткани.

Также более или менее положительной оказывается вассермановская реакция в различных случаях сифилиса мозга, но здесь очень многое зависит от формы заболевания и течения. Острые менингеальные и менингоэнцефалические процессы как правило сопровождаются положительной реакцией; при переходе в хроническое течение реакция ослабляется и может сделаться отрицательной. Сосудистые хронические процессы дают обыкновенно отрицательные результаты. При сухотке спинного мозга реакция оказывается большей частью положительной (70—90%), но почти всегда слабо выраженной, благодаря чему удается только с большими количествами жидкости. Как видно из приведенных данных, отрицательная вассермановская реакция в жидкости, не говоря уже о крови, ни в каком случае не исключает возможности специфического заболевания нервной системы и даже паралича помешанных.

Известная сложность производства вассермановской реакции, необходимость специальной лабораторной обстановки привели в военное время, когда особенно приходилось считаться с различными техническими трудностями, к появлению ряда реакций, имеющих целью заменить вассермановскую реакцию и имеющих в то же время такое же диагностическое значение. Сущность их сводится к тому, что спиртовые экстракты из органов различных животных при соответствующей обработке дают с сифилитической сывороткой или спинномозговой жидкостью помутнение или образование хлопьев. Они не могут считаться заменяющими вассермановскую реакцию, но представляют ценное к ней дополнение, которое особенно может помочь в сомнительных случаях. Наибольшее внимание к себе привлекают реакции Сакс-Георги, Мейнике и Кана. Такое же значение имеет реакция с коллоидным золотом Ланге и реакция с мастиксом. Коллоидные растворы разного рода, не изменяющиеся под влиянием разведенной в той или другой пропорции спинномозговой жидкостью, при смешивании с патологически измененной жидкостью дают изменение степени дисперсности в известных разведениях жидкости, благодаря чему изменяется или цвет коллоидного раствора или прозрачность его при одновременном образовании осадка. Для реакции Ланге необходим высокодисперсный раствор коллоидного золота.

При производстве реакции ставят в ряд 16 пробирок и наливают в 1-ю 1,8 см³, а в остальные по 1,0—0,4% раствора поваренной соли. Затем в 1-ю пробирку наливают 0,2 см³ спинномозговой жидкости, смешивают пипеткой и переносят 1,0 смеси во 2-ю пробирку, смешивают, и 1,0 смеси из 2-й пробирки переносят в 3-ю и т. д. Из 15-й пробирки 1 см³ смеси выбрасывается вон, так что 16-я пробирка остается только с раствором поваренной соли и является контролем. В пробирки с полученными таким образом разведениями жидкости (от 1:10 до 1:320) прибавляют по 5,0 раствора золота и взбалтывают, перевертывая пробирки, и иногда сразу наступает резкое изменение окраски; положительные результаты отмечаются через сутки (пробирки держатся в темноте). Результаты регистрируются в форме особой кривой. На абсциссе отмечается степень разведения жид-

кости, на ординате степень изменения цвета в таком порядке: красный 1, красно-фиолетовый 2, фиолетовый 3, синевато-фиолетовый 4, синий 5, светлосиний 6 и бесцветный 7. У здоровых людей или не страдающих специфическими заболеваниями нервной системы не отмечается совсем изменения в окраске или только до красно-фиолетового цвета в первых 2—4 пробирках. Так называемая сифилитическая кривая (Lueszacke) заключается в изменениях окраски в разведениях 1 : 20—1 : 80 до красно-фиолетового или фиолетового цвета. При сифилисе мозга и прогрессивном параличе большей частью наблюдается полное просветление жидкости, начиная с 1-й и до 5—7-й пробирки, и затем постепенное изменение окраски (подъем кривой). Иногда результаты обозначают рядом цифр, в котором порядок соответствует порядку пробирок, а самые цифры — окраске, например 3 4 5 5 4 3 2 2 1 1—Lueszacke, 7 7 7 7 7 6 5 4 3 2 1 1—паралитическая кривая.

Наконец нужно указать, что поясничный прокол необходим для выполнения так называемой энцефалографии — метода, предложенного Денди и приобретающего все большее значение. Сущность его заключается в том, что выпускается возможно большее количество жидкости и вместо нее вводится в субдуральное пространство воздух. Последний по центральному каналу проникает в желудочки и другие мозговые полости. Сделанная после того рентгеноскопия дает ясные указания на расширение мозговых желудочков или наличие каких-нибудь патологических полостей. Обычно вдвигается около 80—100 см³ воздуха, иногда при водянке значительно больше.

Осторожность в применении энцефалографии, равно как и поясничного прокола, требуется при подозрении на опухоль мозга. Опасность менее значительна, если по предложению Ляруэля вводить ограниченное количество воздуха (5—10 см³).

10. ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО

Правильная оценка сущности болезненного процесса требует точного установления данных соматического порядка и результатов объективного исследования нервной системы, о чем говорилось в предыдущих главах. Но не меньшее значение имеет ознакомление с внутренним миром больного, с его переживаниями, вообще установление того, что носит название психического статуса. Выяснение этой стороны представляет много особенностей и в своей сущности является более трудной задачей, чем объективное исследование. Результаты последнего не находятся в зависимости от случайных настроений больного, от доверия его к тому, кто производит исследование, и от умения врача правильно подойти к пациенту. Точность и полнота выяснения всей картины психических переживаний больного, занимающих его мыслей, надежд и страхов, бредовых концепций всецело зависят от того, устанавливается ли у врача контакт с больным и в какой мере. Внутренние переживания интимно затрагивают личность человека и нельзя ожидать, чтобы он тотчас раскрывал перед посторонним свой внутренний мир. У душевнобольных с повышенной чувствительностью и настороженностью еще определеннее выступают защитные реакции, когда врачом задаются обычные вопросы о самочувствии и предлагается рассказать все, что больного беспокоит. Поэтому выяснение психического статуса нужно производить после установления данных анамнеза и соматического статуса. Исследование этих сторон представляется большинству больных настолько обычным делом, что за крайне редкими исключениями не встречает никаких сопротивлений. Между тем во время совместной беседы на эти темы, в особенности если врач сумеет проявить участие к больному, устанавливается понемногу атмосфера взаимного понимания, существенно необходимая для дальнейшей

работы. Не меньшее значение имеет то, что при этом всегда находятся опорные пункты для ознакомления с самим душевным заболеванием и его развитием. Говоря о каком-нибудь эпизоде своей жизни, больной нередко добавляет, что в это время с ним сделался первый припадок, появилась тоска или какое-нибудь другое нервное явление. Это тем более так, что начало болезни, как мы видели, чрезвычайно часто находится в той или другой связи с какой-нибудь соматической, в частности инфекционной болезнью, с физическим и нервным напряжением, с психическими волнениями. Приходится считаться также с тем обстоятельством, что начало болезни очень часто приурочивается к определенным периодам жизни, являющимся критическими, именно: ко времени полового созревания или, наоборот, увядания, у женщин — к появлению первых менструаций, беременностям и родам, наступлению климактерического периода. При полном освещении истории жизни с обращением внимания на наиболее важные события, в том числе и инфекционные заболевания, обычно само собой получается представление и о том, какое отражение нашло все это в нервно-психической сфере. По установлении начала заболевания с определенного времени очень важно выяснить его дальнейшее развитие, в особенности продолжалось ли оно непрерывно до настоящего времени или были периоды ослабления или даже полного прекращения болезненных явлений. Важно также установить, имело ли место во время периода улучшения возвращение к прежней работе или больной все же должен был оставаться на попечении своих близких. Все эти сведения собираются как от самого больного, так и от его родных. Было бы ошибкой довольствоваться только тем, что сами больные сообщают о себе. Во-первых, они не обо всем могут помнить, в особенности неточны и скудны бывают воспоминания обо всем, перенесенном во время болезни. Затем сведения, сообщаемые родными, вообще могут быть более объективны.

Для собирания как анамнеза, так и статуса очень полезны особые схемы, которые дают возможность вести исследования более систематично. Ими можно пользоваться также и для составления истории болезни. В каждой клинике, в каждом психиатрическом учреждении выработана своя схема, более или менее отличающаяся от других, хотя они естественно в главном повторяют друг друга. Такие схемы не должны быть бланками, на которых пишутся как бы ответы на соответствующие вопросы. Схему необходимо иметь ■ виду при составлении истории болезни, но было бы нецелесообразно с одинаковой полнотой заполнять все ее пункты. Например нередко приходится наблюдать, что сообщаются самые подробные сведения о здоровье всех родственников, в том числе самых отдаленных ■ в боковых линиях, а в дальнейшем при анализе заболевания они совсем не используются, и это не случайно. Наследственность и изучение ее несомненно имеют значение, но естественно, что ей следует больше уделять внимания при таких эндогенных заболеваниях, как маниакально-депрессивный психоз или шизофрения и меньше при чисто экзогенных психозах, например инфекционных. Но и здесь ■ каждом случае в зависимости от его особенностей нужно выделять основное, ведущее, остальное же можно оставлять в тени. Это относится и к другим разделам истории болезни и ее схемы. Особенное внимание должно быть

уделено вопросу о том, какова была личность до заболевания и как шло вообще ее развитие, в частности каков был с самого начала интеллект, каковы были особенности характера и изменения его в различные этапы жизни. Вообще, чтобы ясно представить себе сущность заболевания, нужно прежде всего познакомиться со всей историей жизни личности. Особенное внимание должно быть уделено периодам, являющимся критическими, именно возрасту полового созревания, периоду увядания, так как в это время особенно часто наблюдаются сдвиги в психическом функционировании, имеющие самое тесное отношение к существу заболевания. Естественно, что по этой причине у женщины должно быть обращено должное внимание на все, что имеет отношение к жизни пола: менструации, беременность, роды и послеродовой период. Полнота выяснения этиологии также является существенным звеном в составлении истории болезни. Всегда должен быть точно выяснен вопрос о сифилитическом заражении, алкоголизме, о психических моментах, об условиях жизни и основных установках личности. В статусе должны быть точные данные о соматической, неврологической стороне и о психических изменениях. Он должен быть собран с исчерпывающей полнотой. Хотя бы казалось уже собрано достаточно данных для определения диагноза, все же обследование должно быть полным и всесторонним, так как кроме основной болезни могут быть наслоения, зависящие от добавочной этиологии, равно как возможны и комбинированные заболевания. Не следует забывать о ценности лабораторных исследований. Собираение статуса и его регистрация должны быть сделаны в кратчайший срок (2—3 дня), чтобы иметь отправные пункты и для лечения и изучения течения болезни.

Кроме данных, полученных при беседах с больным и наблюдении над его поведением, чрезвычайно важно бывает опереться и на результаты объективного исследования. Имеют большое значение исследования с помощью специальных приборов различных интеллектуальных процессов, памяти, времени простой реакции и реакции с выбором, а также особенностей движений моторных реакций, соответствующих тем или другим душевным движениям, например регистрация кривой кровяного давления при ассоциативном эксперименте. Эти исследования требуют лабораторной обстановки и не вошли в общий обиход. Часто применяется метод тестов, которых предложено очень большое количество, особенно для исследования состояния интеллекта у детей. Из методов, применяемых у взрослых, особенное применение нашли метод А. Н. Бернштейна и метод психологических профилей Г. И. Россомо. В детской патологии постоянно применяются методы Бине и Симона, а также краткий метод Г. И. Россомо и его же метод исследования элементарных способностей.

Получил большую известность, хотя теперь применяется не так часто, метод исследования ассоциативных процессов, так называемый ассоциативный эксперимент Юнга.

Метод этот имеет в виду выявление комплексов представлений, особенно интимно затрагивающих эмоциональную сферу, а также интересов, тона настроения, активности и некоторых других черт характера. Со стороны интеллектуальной сферы при его помощи выявляется приблизительно общий умственный уровень испытуемого, психический темп, порядок, в котором одно представление сменяется другим, и такие явления, как прилипчивость, резонерство, обстоятельность и др.

Как раздражители используются ряды отдельных слов (10—50 для детей, 100—200 для взрослых). На каждое произносимое экспериментатором слово испытуемый должен реагировать первым пришедшим на ум словом, которое экспериментатор записывает. Собрав реакции 1 раз, тотчас же собирают их вторично. Отмечается время реакции по часам (с точностью до 0,1 сек.).

Классификация раздражителей и реакций производится обычно по готовым схемам (Ашаффенбурга, Цигена и др.). Соответствующий анализ вскрывает сложность или высоту ассоциативных связей. В частности показателями комплексов являются следующие моменты: 1) временная задержка реакции, 2) персеверация (отраженное влияние слова-раздражителя на содержание последующих реакций), 3) реакции целыми фразами, 4) выпадение реакций, 5) резкое изменение типа реакций, 6) «ослышки», неправильно понимаемые слова-раздражителя, 7) повторение слова-раздражителя, 8) переспрос, 9) забывание слова реакции, данного в первый раз, при повторном опыте, 10) мимические, вазомоторные и восклицательные сопроводительные явления, отказ.

Вышеупомянутые методы А. Н. Бернштейна и особенно Г. И. Россолимо стремятся дать представление о состоянии интеллекта в целом, равно как об отдельных способностях, например внимании, памяти и высших способностях. Для исследования отдельных сторон интеллекта предложено очень большое количество методов, которые могут принести несомненную пользу, особенно если комбинировать между собой данные, полученные по различным способам, и сопоставлять с результатами клинического наблюдения. Например метод Бурдона—зачеркивание определенных букв, размещенных без какой-либо правильности среди ряда других—применяется для исследования внимания. Для исследования памяти помимо способа А. Н. Бернштейна с отыскиванием среди 25 геометрических фигур 9 фигур, которые предварительно рассматривались в течение полуминуты, рекомендуются ряды слов или чисел, с последующим их повторением, прочтение рассказа с передачей его содержания. Во многих специальных работах применялся метод Эббингауза с заучиванием рядов односложных слов и бессмысленных слогов. Они повторяются больным до безошибочного их воспроизведения, причем по количеству повторения судят о состоянии памяти. Этот метод дает возможность сравнивать логическую память с механической. Эббингаузом предложен особый способ для исследования способности комбинирования. При исследовании испытуемый должен вставить по смыслу пропущенные слова или части слов в прочитываемом ему рассказе. Для исследования комбинирования служит также метод Гейльброннера. Здесь больному предлагается рассматривать ряды изображений одного и того же предмета, сделанные все с большим количеством деталей ■ все с большим сходством с оригиналом, причем больной должен указать, что изображает демонстрируемый рисунок. Нередко применяется метод исследования работоспособности по Крепелину: подсчитывается количество сложенных однозначных чисел за 2 или 3 пятиминутные периода с отдыхом в течение 10 минут. Для исследования интеллекта применяют также метод Масселона—составление фразы из 3 слов, метод указания различий—например между карликом и ребенком, бабочкой и мухой, метод арифметических задач, определений и обобщений. Еще с большей пользой можно применить тесты Хэда, предложенные собственно для изучения афазических расстройств, но использованные самим Хэдом и для изучения расстройства мышления, именно тех видов его, которые тесно связаны с нарушением речевых формулировок. Последнее время нередко применяются методы Коса и некоторые другие. Ценность всех перечисленных методов—относительна благодаря тому, что они дают известное представление только об интеллекте, не затрагивая эмоциональной и волевой стороны и вообще личности в целом. Больше как будто обещают некоторые новые методы, идущие от германского психолога Левина, например метод установления соотношения между количеством законченных и незаконченных действий (при шизофрении по этому методу тенденция завершать свои действия оказывается ослабленной). Методы психологического эксперимента вообще подлежат переработке именно в направлении исканий таких методов, которые позволяли бы судить о состоянии личности в целом.

II. ЭТИОЛОГИЯ

Душевное расстройство обычно развивается под влиянием целого ряда причинных моментов. Например в этиологии прогрессивного паралича кроме собственно сифилиса нередко фигурируют алкоголизм, большое умственное напряжение, иногда травма головы, нередко психическое потрясение. Белая горячка развивается у алкоголиков, но иногда самому заболеванию предшествует инфекционное заболевание или перелом конечности; иногда белая горячка появляется у алкоголика, заключенного в тюрьму, в несомненной связи с внезапным прекращением употребления алкоголя. Если для развития паралича кроме сифилитического заражения или для белой горячки кроме алкоголизма нужны еще какие-то другие моменты, то это может быть поводом для вопроса, какая же причина является в этих и аналогичных случаях главной, и нельзя ли смотреть так, что причины одинаково важны. Такая постановка вопроса во внутренней патологии, как известно, приводит некоторых исследователей к кондационализму, отказывающемуся от выяснения причины как таковой и предпочитающему просто описывать условия, при которых развивается то или другое заболевание. В психиатрии меньше, чем где бы то ни было, можно признать удовлетворяющим такое объяснение генеза явлений, и только точное понимание причинности может внести ясность в положение дела. Причинным фактором нужно считать только то, что вызывает специфичность процесса, вызывает новое качество.

В случае прогрессивного паралича материальной причиной является только шаудиновская спирохета. Правда, она может проявить свое действие только при наличии определенных условий, но в этих условиях нет ничего специфического и они могут меняться; в одних случаях таким условием является большое нервное переутомление, в других — алкоголизм или травма или может быть еще какие-нибудь другие неизвестные условия. Аналогичным образом причиной для белой горячки нужно считать только алкогольное отравление: инфекция или перелом ноги могут способствовать ее развитию, но они необязательны и могут замещать друг друга, тогда как действие алкоголя они заменить не могут.

В ближайших главах мы излагаем наиболее существенные данные, относящиеся к этиологии душевных заболеваний, сводя их для удобства описания к двум большим группам.

В первой речь идет о таких факторах, которые заложены уже при рождении и которые объясняются наличием особого наследствен-

ного отягощения. Это группа так называемых эндогенных моментов. Соответственно этому особые главы посвящены наследственности в психиатрии и психическим конституциям как суммам прирожденных признаков, определяющих собой способ реагирования на различные вредные моменты, идущие из внешней среды и носящие общее название экзогенных. Последние в свою очередь настолько многочисленны и разнообразны, что в целях лучшего выяснения положения дела должны быть разделены на особые группы, требующие особых глав.

При ознакомлении с описанием этиологии у читателя может получиться впечатление, что все причины в одинаковой степени важны и что все они имеются во всех или почти во всех случаях психозов. В действительности нужно помнить, что это—описание этиологии не одного какого-нибудь конкретного заболевания, а всех случаев психозов вообще. В каждом отдельном случае выступает только 2—3 или во всяком случае немного этиологических моментов, из которых только один может считаться причиной в собственном смысле. При этом один и тот же фактор может выступить то в качестве специфической причины, то в качестве одного из условий. Во взятом нами примере прогрессивного паралича сифилис конечно имеет значение причины, но в других случаях он может быть только условием, благоприятствующим развитию других заболеваний, имеющих свою специфическую причину, например сифилис может способствовать развитию артериосклероза, может создать почву, благоприятную для развития невроза; алкоголизм может дать специальные психозы, в том числе и белую горячку, но на его почве могут развиваться и артериосклероз, и судорожные припадки, и истерические явления. Что касается группы эндогенной, то наследственное отягощение например может быть так резко выражено, что ведет к неполноценности нервной системы, сказывающейся в заболевании в известном возрасте без всяких внешних толчков, единственно вследствие отживания неполноценных отделов нервной системы. В этом случае наследственное отягощение будет специфической причиной. Чаще же оно, будучи не так выражено, является только способствующим условием.

Все это необходимо иметь в виду для правильного понимания данных, относящихся к этиологии.

11. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И ВЫРОЖДЕНИЕ

Не подлежит никакому сомнению, что наследственность является одним из самых значительных факторов в этиологии нервных и душевных заболеваний, но необходимо с самого начала указать, что по этому вопросу даже и в медицинских кругах существует много недоразумений и заблуждений. Обычно очень преувеличивается роль наследственного отягощения и слишком упрощенно понимается связанный с ним вопрос о вырождении. Поэтому желательно более или менее полное освещение всех данных, относящихся к этой проблеме.

Повседневный опыт указывает, что в семьях душевнобольных очень много членов с различными заболеваниями нервной системы,

в том числе алкоголиков, припадочных и больных собственно психозами.

То же самое впечатление получается при отборе сведений о родственниках пациентов психиатрических больниц. Это и создает впечатление, что психоз развивается обязательно на почве тяжелой наследственности, ведущей к вырождению. При этом забывается однако, что в тех же семьях имеется очень большое количество и таких людей, которые доживают до глубокой старости, никогда не обнаруживая признаков душевного расстройства. Для более точного выяснения вопроса оказалось необходимым исследовать наследственность и у здоровых, что и было выполнено некоторыми психиатрами. При этом брались большие количества людей, не страдавших психозами, изучалась их наследственность и сравнивалась с наследственностью того же количества больных, находящихся в психиатрических больницах.

Так как каждый человек, будучи в данный момент здоровым, всегда может заболеть душевным расстройством, то из населения брались люди, достигшие известного возраста, примерно 50 лет, когда опасность душевного расстройства, если раньше никогда не наблюдалось его признаков, хотя и не исключается вполне, но все же не особенно велика. Работы, сделанные по этому методу московским психиатром В. В. Воробьевым и А. С. Шоломовичем из клиники проф. В. П. Осипова, показали очень несущественную разницу в наследственном отягощении у здоровых и у душевнобольных. В первом случае они оказались равными приблизительно 50%, во втором—60%. Эти цифры не дают точного представления о положении дела, так как в этих работах психозы брались всей массой без учета их характера в каждом отдельном случае. Между тем в смысле наследственного отягощения они представляют очень существенные отличия. Во многих случаях психозы развиваются преимущественно под влиянием экзогенных моментов, и в таких случаях роль наследственности не так велика. Это относится например к инфекционным психозам, к прогрессивному параличу помешанных. С другой стороны, для маниакально-депрессивного психоза С. А. Сухановым и П. Г. Ганнушкиным наследственное отягощение найдено равным приблизительно 92%. Такие же большие цифры дает шизофрения. Таким образом при работе по этому суммарному методу складываются величины совершенно разного значения, и для выяснения роли наследственного отягощения берутся также и такие данные, которые к нему имеют очень малое отношение, а в части случаев может быть даже и никакого. Естественно, что в результате получается ничего не говорящая «средняя», приблизительно одинаковая как у пациентов психиатрических больниц, так и среди населения. Кроме того понятия «здоровый» и «больной»—такие относительные, что провести различие между ними, особенно когда берутся большие количества, так как статистика требует больших цифр, очень трудно. Большие значения имеют работы по изучению наследственности, когда статистические данные собираются согласно поправке, предложенной Димом и Коллером, именно когда принимаются во внимание и регистрируются только собственно психозы и притом только в прямых восходящих поколениях.

При этом конечно получаются абсолютно небольшие цифры, но разница в процентах между больными и здоровыми получается очень большая. Наследственное отягощение в первом случае оказывается в 8 раз большим, чем во втором. Все же ввиду изложенного цифры, даваемые методом массовой статистики, имеют лишь небольшое и притом главным образом ориентировочное значение. Несомненно большую ценность имеет индивидуальное обследование отдельных родов и семей—метод, довольно давно разрабатываемый немецким психиатром Зоммером.

Учение о наследственности в психиатрии получило определенную и строго научную базу в принципах менделизма, в свете которого стали более ясны и прежде накопленные факты и приобрело особенное значение изучение отдельных родов.

Ввиду того что рассмотрение каких бы то ни было вопросов наследственности в психиатрии в настоящее время немыслимо вне применения данных менделизма, от которого заимствована и ставшая общеупотребительной самая терминология, необходимо сделать небольшую экскурсию ■ эту область.

Как известно, законы наследственности, установленные Менделем, были выведены им из данных, полученных при скрещивании рас гороха. На примере скрещиваний цветковых разновидностей какого-либо растения легко изучить основные законы Менделя. При скрещивании красной и белой разновидности некоторых видов растений в первом поколении получаются растения, имеющие только розовые цветы. Во втором поколении получаются растения с красными, белыми ■ розовыми цветами. При этом между количествами растений, обладающих цветами той или иной окраски, имеются определенные отношения, именно— $\frac{1}{4}$ красных, $\frac{1}{4}$ белых и $\frac{2}{4}$ розовых. В дальнейшем красные и белые растения дают потомства исключительно с красными или с белыми цветами, а розовые растения в следующем поколении дают снова по $\frac{1}{4}$ красных ■ белых ■ $\frac{2}{4}$ розовых, причем такие отношения продолжаются и во всех следующих поколениях. У некоторых других видов растений во втором поколении получается не гибридный цвет, а цвет одного из скрещивающихся растений. Например при скрещивании разновидности гороха с зелеными ■ желтыми стручками ■ первом поколении получаются растения исключительно с зелеными стручками, во втором— $\frac{3}{4}$ с зелеными и $\frac{1}{4}$ с желтыми. Аналогично первому примеру $\frac{1}{3}$ зеленых (т. е. $\frac{1}{4}$ общего числа растений) и все желтые дают в дальнейшем сплошь растения с стручками того же цвета, ■ остальные $\frac{2}{3}$ зеленых (т. е. $\frac{2}{4}$ общего числа растений) дают ■ последующих поколениях такую же картину расщепления.

Как видно из обоих вышеприведенных примеров, независимо от того, «смешиваются» ли признаки родителей у потомства (розовые цветы) или целиком воспроизводится признак одного из родителей (зеленые стручки), ни один из исходных наследственных признаков (красные и белые цветы, желтые стручки) вовсе не исчез и в дальнейших поколениях все они вновь проявляются в неизменном виде. Таким образом некоторые основные положения остаются во всех случаях и носят характер определенных закономерностей. Первое заключается в том, что признак, образовавшийся из смешения разных двух других, например розовый цвет в первом примере, при образовании половых клеток расщепляется на свои первоначальные составные части.

Второе положение, очень важное для менделизма, это то, что первоначальные признаки имеют тенденцию повторяться в неизменном виде, хотя временно они могут быть подавлены другими признаками или вступить в гибридные отношения с ними.

Третье — это постоянство порядка смешения и численных отношений для каждого признака. Сколько бы экземпляров одних и тех же растений ни брать и через сколько бы поколений ни прослеживать результаты скрещиваний, явления остаются одни и те же и всегда они могут быть выражены в точных математических формулах.

При этом, как видно из приведенных примеров, различные признаки в смысле своего проявления оказываются далеко не равноценными. Одни проявляются полностью, остаются без изменения во всех поколениях и имеют тенденцию подавлять другие; таков например зеленый цвет во втором случае (у гороха). Признакам этого рода присвоено название доминирующих или доминантных. Некоторые же признаки часто подавляются, как бы покрываются другими, исчезая в отдельных поколениях совершенно. Это признаки рецессивные. Крайне важно, что один и тот же по внешнему виду признак, например зеленый цвет во втором примере, может быть разного происхождения, иметь различную наследственную основу. Он может быть, так сказать, чистым, т. е. происходить от соединения одинаковых доминантных признаков, или может быть результатом смешения или подавления другим признаком, т. е. происходить от соединения доминантного и рецессивного признаков. В последнем случае он в скрытом виде заключает в себе свойства подавленного (рецессивного) признака, которые могут выявиться в потомстве.

Значение новых данных, установленных Менделем, тем более велико, что они находятся в полном соответствии с биологическими основами наследственности и очень существенно дополняют их. Как известно, носителями наследственных свойств являются хромосомы ядра.

Количество хромосом у каждого вида растений и животных всегда одно и то же. Так как число признаков, которыми характеризуется даже самое простое растение, значительно больше, чем число хромосом, то нужно думать, что с каждой из последних связывается передача потомству целого ряда признаков. Это вполне удовлетворительно объясняет тот факт, что признаки имеют тенденцию передаваться по наследству не изолированно, а целыми группами, соответственно чему появление одного признака в потомстве, например высокого роста, сопровождается рядом других. С этим связан и принцип корреляции, часто выступающий при наследовании различных видов одаренности. Известно например, что музыкальная талантливость очень часто передается вместе с большими математическими способностями.

Особенно ясно можно видеть это на одном явлении, довольно часто имеющем место в патологии. Бывают случаи, когда какое-нибудь болезненное явление передается только определенному полу. Например гемофилия определенно передается по наследству, однако болеют ею исключительно мужчины, причем последние передают ее по наследству только своим дочерям, которые сами остаются совершенно здоровыми, так как у них признак подавляется доминантным. Последние же передают его как сыновьям, так и своим дочерям, однако по указанным причинам болеют только первые. В этих случаях болезненный признак передается вместе с признаком пола через одну и ту же хромосому. Как принимают, передача пола происходит через посредство особой хромосомы (х-хромосомы), имеющейся как в отцовских, так и материнских клетках. Для понимания явлений наследственности и в особенности для объяснения разнообразия комбинаций признаков, обнаруживающихся в потомстве, большое значение имеет процесс редукции хромосом. Отцовские и материнские хромосомы, прежде чем соединиться, подвергаются продольному расщеплению, причем половина всех образовавшихся таким образом хромосом удаляется из данной половой клетки. Так как каждая клетка является носителем наследственных свойств как отца, так и матери, то считают, что при образовании зачатковой клетки могут получиться все возможные отношения.

Каждая клетка и отца и матери, каждая зигота, несет в себе как бы 2 составные части, носительницы свойств той и другой стороны, или, как говорят, состоит из 2 гамет. При оплодотворении и образовании зародыша в процессе расщепления хромосом и соединения отцовского и материнского, хроматина может получиться так, что соединяются хромосомы аналогичные, т. е. несущие одни и те же наследственные зачатки или же отличающиеся по ряду признаков, заключенных в них. В потомстве таким образом могут получиться так называемые гомозиготы (в первом случае) и гетерозиготы (во втором случае), характеризующиеся определенными сочетаниями признаков, унаследованных с отцовской и материнской стороны.

В действительности явления наследственности еще значительно сложнее, чем можно судить по уже приведенным данным. Конечно и у растений

дело не ограничивается одним или двумя какими-нибудь признаками, а всегда налицо большое количество их, причем все они передаются по наследству, или, иными словами, приходится наблюдать не моно- и дигибридные, а полигибридные явления. Сложность увеличивается еще и потому, что приходится считаться с признаками не только отца и матери, но и всех предшествующих поколений. Признаки, одинаковые по своему существу, могут быть выражены с различными степенями интенсивности, поэтому при наследственной передаче возможно суммирование их, или гомомерия — выражение одного и того же явления в различных степенях, находящихся между собой в определенных количественных отношениях. Этим отчасти можно объяснить появление в потомстве какого-нибудь как будто нового, резко выдающегося признака, например очень большого роста или талантливости, которые при ближайшем рассмотрении оказываются только усилением того, что наблюдалось и у предков. Кроме того, имеет место появление совершенно новых признаков, и для объяснения таких случаев принимается принцип мутации де Фриза. Такого рода явления нередко наблюдаются при культивировании дикорастущих растений и разведении животных; сюда относится например происхождение домашних белых кур от диких кур с пестрым оперением.

Нужно думать, что при этом вследствие каких-то неизвестных причин происходит изменение наследственных факторов, какие-нибудь резкие отклонения в механизме образования и обмена хромосом. Полагают, что большую роль при этом могут играть внешние факторы.

По некоторым новым данным процесс мутации является как бы случайной модификацией генов под влиянием внешних моментов, может быть связанной с химическими изменениями. Мутации в обыкновенных условиях наблюдаются в единичных отдельных случаях, так как генный аппарат хорошо защищен, но глубоко проникающий рентген дает возможность наблюдать эти мутации в массовом масштабе. Американскому исследователю Меллеру принадлежит заслуга установления этого факта на мушке *Drosophila*, у которой под влиянием рентгенизации констатировано резкое усиление склонности к появлению различных мутаций в строении среди потомства. Эти мутации передаются по наследству. Это обстоятельство однако не является доказательством возможности наследственной передачи приобретенных признаков. Этот вопрос долгое время был предметом ожесточенных споров между биологами и еще недавно разрешался положительно в духе ламаркизма. В особенности врачи склонны были всецело встать на эти позиции в надежде путем изменения окружающей среды сравнительно быстро освободиться от болезней и улучшить самую природу человека.

Современные генетики отрицают наследственную передачу приобретенных признаков, и факты, которые могли бы говорить в пользу ламаркизма, объясняют с точки зрения новых точно установленных данных. В свете их не приходится признавать какой-нибудь иной наследственной передачи кроме той, которая вполне соответствует менделевским закономерностям.

Вместе с тем оказалось, что принцип мутации не есть что-то такое, что можно противопоставить менделизму в качестве какой-то совершенно иной наследственности: мутации подчиняются определенным закономерностям, зависящим от изменений тех же хромосом, что и вышеописанные процессы, лежащие в основе менделевской передачи признаков по наследству. Большое значение для понимания явлений наследственности имеет появление новых генов, факторов, передающихся по наследству, и изменение их. Этим путем получают совершенно новые, не встречавшиеся ранее мутации (геновариации)¹.

Изложенные данные имеют большое значение для понимания наследственной передачи нервных явлений.

¹ Ввиду большой сложности явлений наследственности читателю рекомендуется ознакомиться с ней по специальным книгам: см. например Сименс Г., Введение в патологию наследственности человека, Л., 1927, или новейшее руководство—Синнот и Денн, Курс генетики, Биомедгиз, 1934.

У человека все отношения конечно гораздо сложнее и более трудны для анализа. Нельзя никак поэтому сказать, чтобы все в этой области было в достаточной степени ясно, и это несмотря на то, что вопросы, имеющие отношение собственно к психиатрической наследственности, разрабатываются не только отдельными крупными учеными, но и целыми обществами и специальными институтами; они же были предметом рассмотрения на специальных генетических съездах.

В смысле изучения с точки зрения менделизма явлений наследственности при психозах много сделано немецкими психиатрами Рюдином и Гофманом, а в последнее время Люксембургером.

Исследователям здесь с самого начала пришлось натолкнуться на очень трудный вопрос, что собственно менделирует: самый ли психоз в целом или отдельные его признаки. Попытки рассматривать психоз в целом как отдельный признак такого же порядка, как зеленый и желтый цвет стручков гороха, скоро должны были убедить, что дело обстоит гораздо сложнее. Для установления моно-, ди- или полигибридности, доминантности или рецессивности пользовались особыми формулами для каждого из этих случаев, устанавливаемых на основании численных отношений между отдельными группами потомства, характеризующимися наличием или отсутствием определенного признака. При этом оказалось возможным установить особый тип для некоторых психозов, выделяющихся своей яркой наследственностью, например маниакально-депрессивного психоза, шизофрении и некоторых других. В первом случае наследственные взаимоотношения можно объяснить, предполагая наличие двух главных признаков, которые передаются в порядке доминирования. Соответственно этому в семьях маниакально-депрессивных больных наблюдаются обычно не единичные случаи заболевания, а несколько, иногда — целый ряд их. Особенно важно при этом, что кроме вполне выраженных форм с резким возбуждением или сильной тоской можно найти большое количество таких членов семьи, которым свойственны более или менее значительные колебания настроения, приступы тоскливости или особенной взвинченности и подъема. Так как на эти состояния с полным основанием смотрят как на легкие формы того же маниакально-депрессивного психоза, то оказывается, что самое существенное для него, именно колебания настроения, широко распространено в семье, доминирует над другими явлениями. Это же заболевание может служить примером прямой и гомологической наследственности. Довольно часто можно видеть этот психоз, хотя бы в неодинаково интенсивно выраженной форме у деда, отца и у кого-либо из внуков, так что приходится думать о передаче его по прямой линии. Он при этом передается без изменений в своем существе; может вариировать интенсивность маниакального возбуждения или тоскливости, но структура психоза сохраняется через целый ряд поколений.

В отличие от этого гомологического типа при гетерологическом типе, хотя наследственная передача психоза и несомненна, форма его не остается одной и той же. Например от родителей-эпилептиков могут родиться дети с очень большой возбудимостью в характере, но без припадков. Примером рецессивной и непрямой наследственности

может
ставля
ненной
горазд
нов, п
Вслед
ваться
годар
в тече
абсол
зофре
внешн
может
нети
в себе
но себ
ных и
всех
или
всех
но на
с одн
ных
пой ф
внешн
же п
ческу
прим
поко
скре
шизо
ному
напр
родн
Чтоб
поль
щих
нии
У
затр
семь
забо
тель
душ
наб
хоз
лен
бол
ком
пси
вме

может служить и шизофрения. Ее генеалогическая структура представляет большую сложность и не может до сих пор считаться выясненной с полной определенностью. Количество различных генов здесь гораздо более значительно. Некоторые принимают наличие двух генов, передающихся в порядке доминирования, и одного в рецессивном. Вследствие этого склонность к шизофрении может долгое время оставаться в скрытом, латентном состоянии; иногда она выявляется благодаря каким-либо другим факторам, иногда же не обнаруживается в течение всей жизни. В то же время такого человека нельзя считать абсолютно здоровым и гарантированным от заболевания той же шизофренией. Во-первых, он сам может заболеть при неблагоприятных внешних условиях, во-вторых, он, оставаясь как будто здоровым, может быть передатчиком шизофрении от дедов внукам. Выражаясь генетическим языком, фенотипически он остается здоровым, но несет в себе гены болезни. Это отличие фенотипа и генотипа очень ясно можно себе представить из анализа формул наследственности, построенных исходя из менделевских принципов. Генотипом называется сумма всех наследственных признаков данного организма, проявляющихся или заметным образом или скрытым. Фенотипом называется сумма всех признаков данного индивидуума, которые можно непосредственно наблюдать, как они образовались в результате взаимодействия, с одной стороны, эндогенных моментов, с другой — внешних, экзогенных факторов. При этом взаимоотношения между той и другой группой факторов очень различны; при одинаковых наследственных генах внешняя картина может быть очень различна и наоборот — одно и то же по внешнему виду явление может иметь неодинаковую генотипическую структуру. Например зеленый цвет стручков гороха во втором примере в $\frac{1}{3}$ случаев является чистым, неизменяемым ■ следующих поколениях, а в $\frac{2}{3}$ он имеет смешанную структуру и при дальнейшем скрещивании дает расщепление. В связи с этим понятно, почему при шизофрении, как и вообще при наследственной передаче по рецессивному типу, она оказывается не прямой, ■ идет по боковым линиям, например ею болеют брат деда и его внук, дядя и племянники, двоюродные братья, но почти никогда отец или мать и кто-нибудь из детей. Чтобы яснее представить различие между обоими типами, можно воспользоваться сравнением двух таблиц наследственности, относящихся к маниакально-депрессивному психозу (рис. 15) и шизофрении (рис. 16 на стр. 168).

Изучение наследственных взаимоотношений при психозах резко затрудняется тем, что почти никогда не бывает, чтобы ■ какой-нибудь семье, прослеженной через ряд поколений, наблюдалось только одно заболевание. Обычно их наблюдается несколько, а иногда даже значительное количество различных форм. Возможно сочетание нескольких душевных заболеваний у одного и того же больного. При этом однако наблюдение показывает, что в каждой семье наблюдаются не все психозы, какие только вообще существуют, а лишь некоторые, определенные. То же самое имеет место по отношению к нескольким заболеваниям у одного и того же человека. Определенные психозы комбинируются как в том, так и другом случае с определенными же психозами. Такая склонность известных психозов встречаться вместе с точки зрения менделевских принципов находит себе объяс-

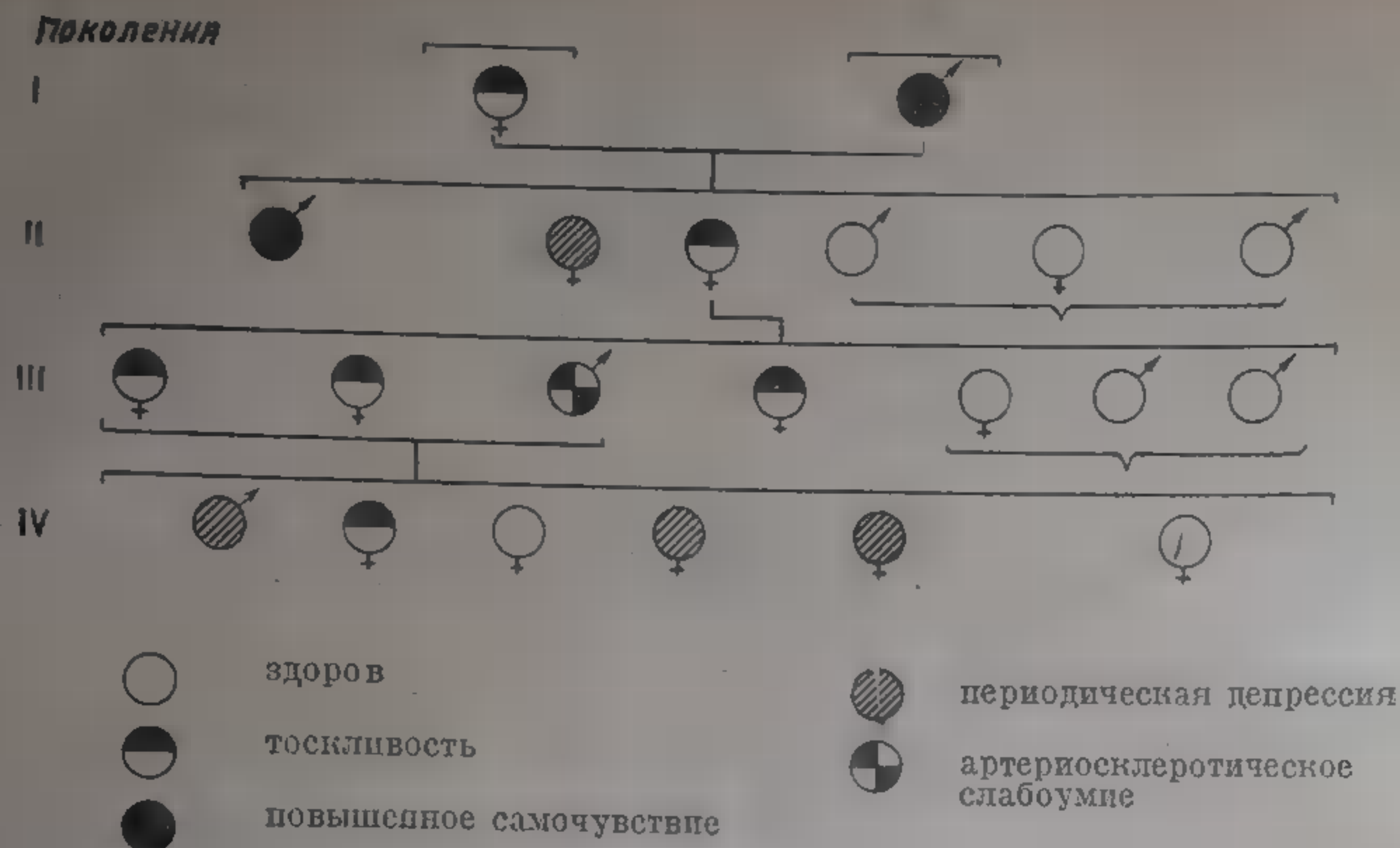


Рис. 15. Схема наследственности при маниакально-депрессивном психозе.

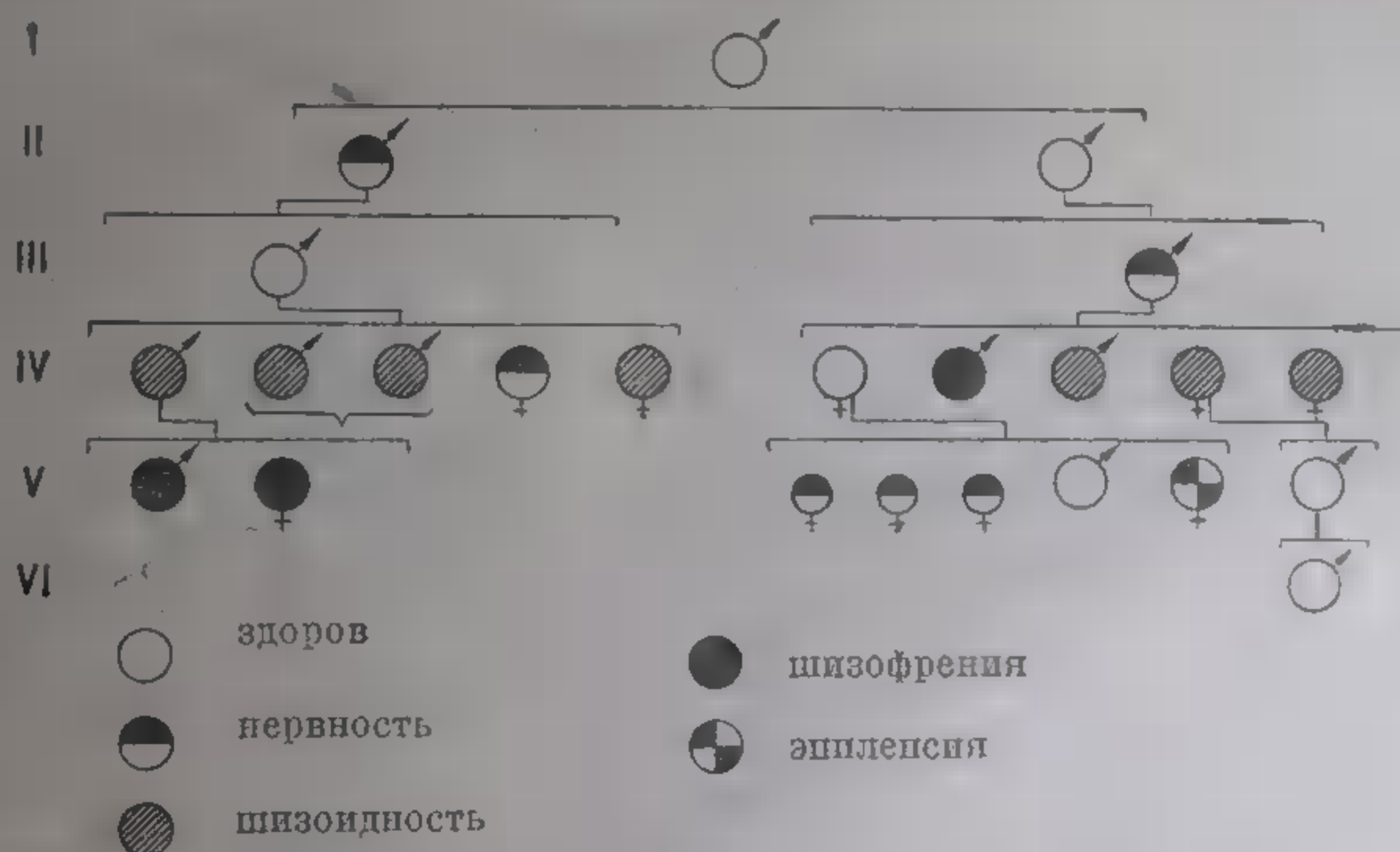


Рис. 16. Схема наследственности при шизофрении.

нение в том же, о чем мы говорили по поводу передачи потомству сочетаний и нормальных признаков, например музыкальности и математической одаренности; именно как и там, нужно думать, что наиболее важные для этих заболеваний признаки передаются через одни и те же хромосомы.

К этому нужно добавить, что через те же хромосомы может передаваться и склонность к определенным соматическим заболеваниям. Этим объясняется, что в семьях, в которых часто заболевают каким-нибудь психозом, нередко наблюдается и частая заболеваемость именно определенными соматическими процессами. Например в семьях шизофреников очень распространен туберкулез, в семьях больных с маниакально-депрессивным психозом — подагра, артериосклероз, отчасти рак.

Трудности разработки учения о наследственности в психиатрии увеличиваются еще и потому, что психоз не только не может приравняться к одному отдельному признаку, который и менделирует, но его даже трудно

свести к 2 или 3. Даже в этих случаях нелегко бывает проследить наследственную передачу генов и вывести определенные формулы для численных отношений отдельных групп потомства с различными признаками. В действительности же психоз всегда состоит из большого количества отдельных признаков, которые все склонны передаваться по наследству соответственно установленным Менделем законам отдельно или иногда комбинируясь вместе. Основным признаком нужно считать характер реагирования на внешние условия и соответственно этому его главным образом и нужно иметь в виду при изучении наследственных взаимоотношений. Этот признак, представляя существенное отличие при разных психозах, для каждого из них представляет нечто постоянное. Это постоянство остается также при наследственной передаче.

Изучение явлений наследственности с новых точек зрения, открываемых учением Менделя, дало возможность правильнее разобраться и в самых основных вопросах. Прежде наследственность представлялась чем-то неопределенным, аморфным. Предполагалось, что передается не самый психоз и не склонность к нему, а предрасположение к психозам вообще, так что различные психозы, наблюдавшиеся в семье или ряде поколений, передаваясь по наследству, образуют какую-то недифференцированную, неопределенную массу, из которой в потомстве может получиться все, что угодно. Между тем согласно 2-му положению Менделя признаки, передаваясь по наследству, обнаруживают ясную тенденцию сохраняться в первоначальном виде, хотя временно могут быть подавлены другими признаками и вступить с ними в отношения гибридности. Вследствие этого, нужно думать, передается самый психоз как таковой или склонность именно к нему. Явления гетерологической наследственности возможны, но в известных пределах. Иногда психоз передается не сам по себе как таковой, а в измененной форме, но все-таки в такой, что преемственная связь может быть установлена с полной ясностью. Например в потомстве шизофреников могут быть вообще слабоумные, равно как и наоборот. Между врожденным слабоумием и шизофренией, равно как и эпилепсией, существует несомненное внутреннее сродство, почему и возможна замена в ряде поколений одного из этих заболеваний другим. При этом нужно иметь в виду, что в этих случаях нельзя решение вопроса просто понимать в смысле возникновения одного психоза на почве другого; они сами по себе имеют общие корни и возникают на одной и той же материнской почве.

Для оценки этого явления имеют большое значение частью уже рассмотренные данные генетики, частью некоторые другие. При одной и той же генной структуре возможны среди потомства большие различия в психозах, причем здесь могут играть роль поражение зачатка, вообще какие-либо вредные влияния среды или изменения личности, связанные с возрастом. За вторую возможность говорит тот факт, что у однояйцевых близнецов при одной и той же генной структуре, но живущих в разных условиях, психозы могут протекать с большими отличиями. О влиянии возраста говорят явления, которые считаются проявлением смены доминант, примером которой может служить наблюдаемый в некоторых случаях переход циклоидных черт характера в шизоидные. Правда, некоторые авторы думают, что здесь полиморфизм зависит не от изменения действия одних и тех же генов, а имеет место параллельное существование различных генов, выявляющихся в различные периоды жизни. Рюдин думает, что в некоторых случаях идиотия, с одной стороны, и старческое слабоумие, с другой, могут быть проявлениями одной и той же генной структуры. Нужно учесть во всяком случае, что и при заболеваниях, развивающихся на почве наследственного предрасположения, последнее не бывает единственной причиной, а налицо имеются и другие факторы, благодаря которым оно и может быть реализовано в определенную болезнь. С другой стороны, полиморфизм, отмечающийся несомненно в клинических формах психозов, все же не является безграничным.

Клиническое изучение показывает, что с точки зрения наследственных взаимоотношений психозы могут быть сведены к трем группам, как бы образуют три круга, внутри каждого из которых отдельные болезненные формы образуют между собой известное сходство, обусловленное родством в генной структуре. Эти круги—циркулярный или маниакально-депрессивный, шизофренический и эпилептический.

При всей важности положений, установленных Менделем, ими одними как таковыми нельзя объяснить всех фактов, относящихся к наследственной передаче психозов. С их точки зрения легко можно понять появление в потомстве только того, что, хотя и в несколько иной форме, имеется у предков, но трудно объяснить появление совершенно новых явлений. Если рассматривать в качестве такового психоз, то трудно представить себе вообще его первое явление в истории человеческого рода. В таких случаях больше приходится думать о принципе м у т а ц и и, причем те же схемы чередования наследственных признаков, те же закономерности, установленные Менделем, позволяют более или менее удовлетворительно разобраться в сущности всех явлений. Если психоз можно было бы приражать к одному какому-нибудь признаку, который, менделируя, остается в конце концов неизменным, то одной наследственной передачей его было бы объяснить невозможно; аналогично появлению белого оперения в потомстве пестрых кур (мутация) его можно было бы свести на действие внешних факторов. Психическая жизнь каждого человека представляет очень сложное целое с большим количеством отдельных явлений и типов реакций на внешние моменты. Количество сочетаний генов, унаследованных от предков, необычайно велико. При этом отдельные признаки не только складываются вместе; они не образуют механической смеси, а оказывают друг на друга самые различные влияния. Как мы уже говорили, возможно суммирование отдельных признаков одинакового значения, дающего в результате резкую выраженность его в потомстве. Таким путем возможно объяснить появление одного какого-нибудь выдающегося признака, например большого роста, длинного носа, общей или частичной одаренности. Имеет значение, что некоторые признаки, как можно считать доказанным, обладают способностью усиливать другие, связанные с ними.

Если к этому прибавить, что каждый признак может быть изменен под влиянием окружающей среды, действие которой начинается еще во внутриутробной жизни, с момента зачатия, то легко представить себе огромное количество самых различных сочетаний; некоторые из них настолько уклоняются от обычных, средних картин, что должны считаться патологией.

К этому нужно добавить, что к действию унаследованных моментов присоединяется действие различных вредных факторов, например отравления алкоголем, на зародыш с самого начала его развития. Все это делает ясным, что развитие психоза обусловлено не одним наследованием болезненных свойств родителей, а также вредными моментами окружающей среды.

Изложенные данные позволяют правильно подойти к ответу на вопрос о сущности в ы р о ж д е н и я. Это название применяется не всегда в одинаковом смысле, и самое понятие существовало задолго до того, как оно появилось в медицине и в частности в психиатрии. Зоологи и ботаники употребляли его для обозначения тех изменений, которые наблюдаются у культивируемых в искусственных условиях породах, когда они оставляются без ухода и предоставлены сами себе. Животные и растения при этом теряют свои приобретенные свойства, которыми они резко отличаются от

своих прародителей, и возвращаются в свое прежнее состояние. Порода, как говорили в таких случаях, «вырождается». О вырождении говорили также историки и антропологи по отношению к отдельным расам и народам, переживавшим после расцвета своей культуры и мощи периоды упадка и иногда полного исчезновения с горизонта истории. Предполагалось, что в жизни расы аналогично жизни отдельного индивидуума имеется известная цикличность с постепенным ростом, приводящим к максимальному развитию всех сил, расцвету во всех отношениях и последующим ослаблением, угасанием и гибелью. Указывали на примеры Египта, Греции, Рима. При этом совершенно не учитывалась роль внешних моментов, например войн с вновь появившимися народами и других причин, ведущих к истощению и физическому ослаблению и уничтожению. В психиатрии термин «вырождение» стал применяться со времени Мореля [(Morel) (1809—1873)], именно в смысле ухудшения нервно-психического здоровья от поколения к поколению, обусловленного наследственным отягощением. Морель думал о каком-то процессе, который вследствие внутренних причин вел к упадку и полному уничтожению рода. Эти причины сводились исключительно к роли наследственности и играли роль какого-то фатума, тяготеющего над родом и приводящего его к гибели. Морелем была составлена особая схема нарастания явлений дегенерации в сменяющих друг друга поколениях: 1-е поколение — нервные болезни и распушенность поведения, 2-е — припадочные болезни, инсульты, истерия и алкоголизм, 3-е — самоубийство, психозы и умственная отсталость, 4-е — врожденные уродства, идиотизм и прекращение рода.

Несомненно случаи с таким прогрессирующим упадком и вымиранием целых родов существуют. Для примера можно указать на известные в истории роды римских императоров Цезарей и Клавдиев, в которых за рядом выдающихся талантливых деятелей в последующих поколениях можно было видеть субъектов неустойчивых, сумасбродов и прямо слабоумных.

Учение о вырождении разрабатывалось главным образом французскими психиатрами, особенно Маньяном. Стал общеупотребительным термин «дегенерант» или «дегенерат» для обозначения субъектов из семей с тяжелым наследственным отягощением; самым характерным для них стали считать общую неуравновешенность, дисгармонию психического развития, странности в поведении. Со стороны интеллекта как самое существенное отмечали односторонность, неравномерное развитие отдельных способностей; иногда можно констатировать слабоумие, но оно не было обязательным явлением. Маньян указал даже на существование большой группы дегенерантов не только с достаточным, но даже хорошим, хотя всегда односторонним интеллектом. Иногда при этом может быть известная одаренность и даже талантливость. Маньян создал для таких случаев понятие «высших дегенерантов» и относил к ним многих поэтов и художников. Это морель-маньяновское учение о вырождении было в России воспринято Н. Н. Баженовым, который развил его особенно в части, касающейся высших дегенерантов, и считал возможным говорить не только о дегенерации, но и о прогенерации, рассматривая высших дегенерантов как не вполне удавшиеся попытки природы создать новый, более совершенный тип человека. Этот новый тип, возникая на болезненной почве, остается незавершенным, носящим на себе печать слабости и дисгармонии, но ему свойственны проблески талантливости и даже гениальности и на него нельзя смотреть исключительно с точки зрения регресса.

Французскими же психиатрами было развито учение о дегенеративных психозах — заболеваниях, наблюдающихся в семьях, по отношению к которым наличие большого количества душевнобольных дает право говорить о вырождении.

Помимо более легкой склонности к заболеванию психозами характерно, что последние сами по себе отличаются некоторыми особенностями и атипичным течением. Как на характерную особенность дегенерантов французские психиатры указывали на частое развитие у них кратковременных заболеваний вспышным бредом, так называемых бредовых приступов к дегенерантов. За последние десятилетия в связи с тем, что преобладающее значение получили взгляды немецких психиатров, особенно Крепелина, меньше внимания уделяют вопросам дегенерации и дегенеративным психозам.

В последнее время в связи с тенденцией к сужению и ограничению понятия шизофрении интерес к дегенеративным психозам опять возрос.

В связи с характерной чертой для психиатрического мышления Крепелина — уйти от чисто симптоматического толкования клинических картин — им была создана новая нозологическая единица — раннее слабоумие, к которому, следуя примеру Крепелина, стали относить случаи, ранее считавшиеся за различные заболевания, в том числе и дегенеративные психозы. Раннее слабоумие, развивающееся действительно у субъектов с резко выраженным наследственным отягощением, при широком понимании его рамок, заслонило собой в глазах психиатров учение о дегенерации. Так как оно благодаря отнесению к нему самых различных картин не всегда одинакового происхождения утратило внутреннее единство и стало сборной группой, объединяемой некоторыми, не всегда существенными признаками, то в общей массе стало тонуть и то ценное, что было в учении о дегенерации и дегенеративных психозах.

За последние 10 лет в связи с этим прежнее раннее слабоумие, ставшее еще более широким понятием у Блейлера, давшим ему и новое название шизофрении, подверглось расчленению с выделением из него того, что было верного в учении о нем, от различных не имеющих к нему прямого отношения наслоений. При этом оказалось, что во многих случаях можно говорить об особых дегенеративных психозах, не имеющих никакого отношения к раннему слабоумию. Но это не было возвращением к прежним взглядам Мореля и Маньяна, так как психиатрия не могла не учесть накопленного за это время клинического опыта и новых точно установленных данных наследственности. Вместо прежнего всеобъемлющего понятия о вырождении как о каком-то роке, тяготеющем над родом, обреченным на гибель, и в отличие от вырождения биологов и антропологов стали говорить о дегенерации как чисто медицинском понятии. Прежде всего морелевское учение были внесены две существенные поправки. Факты, на которые опирался Морель, действительно могут иметь место, но они не имеют такого значения, которое им приписывалось. Во-первых, нельзя говорить о вырождении как о чем-то неизбежно ведущем к упадку и гибели; во-вторых, неверно, что если это и бывает, то в этом виновата только наследственность. Не может считаться верной и вышеприведенная схема Мореля, по которой через 4 поколения род приходит к своему упадку и гибели. Имея в виду вышеприведенные данные наследственности, понятно, что при накоплении в семье болезненных признаков они имеют больше шансов передаться потомству. Опасность увеличивается, если количество болезненных признаков велико как в семье отца, так и у матери; при этом может произойти их суммирование, дающее резко выраженные отклонения в сторону патологии в потомство. Но все же роль этого момента не следует преувеличивать. Даже при наличии расстройства у обоих родителей дети не обязательно рождаются слабоумными или заболевают психозами впоследствии. Что касается неврозов, нервной неустойчивости, то они вопреки схеме Мореля сами по себе никогда не ведут к душевным заболеваниям в потомстве. Коротко говоря, прогрессирующее ухудшение нервно-психического здоровья от поколения к поколению может иметь место, но оно не носит такого исключительного характера и объясняется различными моментами. Полного согласия взгляда исследователей по этому вопросу не имеется. Бумке считает невероятным и недоказанным ухудшение основных свойств, передаваемых по наследству, только из внутренних причин. С другой стороны, Гофман склонен признать возможность выро-

ждения в известном смысле. Он указывает на существование семей, в которых наблюдается прогрессирующее ухудшение от поколения к поколению, детей циркулярных родителей. Более вероятно, что одной передачей болезненных признаков от предков потомству нельзя объяснить прогрессирующий упадок и гибель. Как мы видели, при маниакально-депрессивном психозе наследственное отягощение так велико, как едва ли может быть при другом каком-либо психозе за исключением шизофрении, и в то же время именно здесь никогда не бывает ни прогрессирующего упадка интеллекта ни гибели рода в силу внутренних причин. Никаких явлений вырождения в морелев-часты как в роду отца, так и матери. Нужно иметь в виду, что, как видно из менделевских схем, потомству передаются признаки не только отца и матери, но и других предков; в связи с этим и душевнобольной отец или мать кроме своих болезненных признаков могут передавать потомству скрытые у них здоровые задатки, тенденцию к здоровью, которая у детей или внуков может взять верх над болезненными зачатками. Можно думать, что здоровье, с одной стороны, и душевная болезнь—с другой, могут рассматриваться как доминирующий и рецессивный признак. Здоровье—это то, что является доминирующим принципом в жизни, и то, что стремится подавить болезнь. Это в особенности сказывается, если болезненным признакам одной стороны противопоставляется полное здоровье другой. Роль этого оздоравливающего фактора никогда не нужно забывать при объяснении явлений наследственности и дегенерации. Другая поправка, которую теперь приходится делать к прежним концепциям вырождения, заключается в большой роли внешней среды, которая совершенно не учитывалась Морелем. Прогрессирующее ухудшение в ряду поколений действительно может иметь место, но помимо сгущения наследственных факторов оно имеет своей причиной вредное действие на родителей таких моментов, как алкоголизм, сифилис и другие инфекции. В этих случаях потомство может оказаться больным не вследствие передачи им по наследству каких-нибудь болезненных генов, а ■ результате вредного действия на образовавшийся уже зародыш (так называемая **б л а с т о ф т о р и я**).

Следует строго различать эти два разные понятия. В семьях больных с маниакально-депрессивным психозом или шизофренией дети рождаются с зачатками той или другой болезни вследствие наследования соответствующих генов. Это будет наследственная передача ■ собственном смысле. Но если дети рождаются слабоумными потому, что родители страдали алкоголизмом или у кого-нибудь из них был сифилис, это будет совершенно другой случай. На первый взгляд как будто нет существенной разницы, так как и здесь имела место какая-то передача от родителей детям, но механизм ее совершенно иной, более грубый и сводящийся к заболеванию самого зародыша.

Существенное значение для потомства имеют характер внешних моментов, время их действия и большая или меньшая тяжесть. Для понимания явлений дегенерации важно также, что не все заболевания родителей ■ одинаковой мере могут быть причиной передачи потомству болезненных генов. Так, можно считать доказанным, что нервность, приобретенная родителями вследствие каких-нибудь внешних причин, как и вообще приобретенные признаки, не передается потомству так, как это имеет место по отношению к эндогенным психозам. Обычно имеет место комбинированное действие обоих моментов: и наследственного отягощения и поражения зачатка, и при известной интенсивности их могут наблюдаться и прогрессирующее ухудшение и вымирание.

При наличии ухудшения нервно-психического здоровья от поколения к поколению считают вполне обоснованным и теперь говорить о дегенерации, дегенеративности.

Помимо тех поправок к прежнему учению о вырождении, о которых мы уже говорили, еще в одном отношении имеется существенное отличие от прежних концепций. Прежняя дегенерация была чем-то аморфным, недифференцированным, представляла нечто вроде сплава,

в составлении которого участвуют признаки, относящиеся к самым различным психозам. Соответственно этому предполагалось, что дегенеративность предрасполагает ко всяким душевным заболеваниям вообще без различия их характера. Закономерность в неизменяемости первоначальных признаков, установленная Менделем, заставляет думать, что передается предрасположение к определенным заболеваниям, а не к психозам вообще. Поэтому можно говорить о различных типах дегенерации в зависимости от характера лежащих в основе ее моментов. О ней можно говорить по отношению к маниакально-депрессивным семьям, в младших поколениях которых нередко можно встретить неустойчивых, легко возбудимых субъектов с склонностью к колебаниям настроения, иногда к навязчивым состояниям. Иной более грубый тип можно наблюдать в семьях шизофреников. У «дегенерантов» в этих случаях помимо обычных черт дисгармонии психического склада, общей неуравновешенности, странностей в поведении отмечаются моральные недочеты и различные изменения со стороны интеллекта. Одним словом полиморфизм, которым было окрашено прежнее учение о вырождении, теперь принимается с большими ограничениями.

Иначе теперь приходится смотреть и на значение так называемых признаков дегенерации. Собственно психические признаки, вышеперечисленные явления психической неустойчивости, дисгармонии и теперь оцениваются таким же образом, но отношение к так называемым физическим признакам совершенно иное. Ими считали вообще признаки неправильного строения всего тела или отдельных его частей—большой или слишком малый рост, иными словами, *гигантизм* или *инфантилизм*, чрезмерно большие или слишком малые размеры головы—*макро-* или *микророцефалию*, различные неправильности в форме ее—очень высокий череп—*башенный череп*, или *оксифефалию*, череп, который при рассматривании сверху напоминает форму лодки,—*скафоцефалию*, череп с чрезмерно выраженными лобными и теменными буграми, причем соответственно положению стреловидного шва наблюдается вдавление, так что голова приобретает известное сходство с ягодицами (*sarutnatiformis*). Прежде обращали внимание на особый затылочный тип строения черепа, характеризующийся узким лбом и очень широким затылком. Этот тип некоторые авторы (Мануврие) считали характерным для душевнобольных и преступников. Справедливо, что поскольку узкий лоб может указывать на слабое развитие лобных долей, такой череп действительно можно нередко встретить в патологических случаях, например при вышеупомянутой микроцефалии, но вообще нельзя считать его типическим для душевнобольных, равно как и преступников. Приблизительно такую же форму представляет так называемый треугольный череп, *тригоноцефалия* (таким череп кажется при рассматривании сверху), причем один угол соответствует очень узкому, как бы остроконечному, лбу, а два других—теменным буграм (рис. 17). К дегенеративным признакам относят также крайние степени *брахи* и *доллохоцефалии*.

Имея в виду более или менее принятое мнение, что теперешние поколения европейцев образовались из смешения аборигенов этой

части света с долихоцефалическим строением и пришедших из Азии брахицефалов, можно думать, что крайние выражения того или другого типа являются своего рода атавистическими признаками. Такое же значение имеют различные отклонения от правильного строения лица. Прежде всего в этом отношении обращают внимание на взаимоотношение между лицевой и черепной частью черепа, на большее или меньшее выстояние вперед лица, особенно нижней челюсти, на так называемый **п р о г н а т и з м**. Степень прогнатизма, как известно, точнее всего может быть выражена в величине лицевого угла, который оказывается тем меньше, чем прогнатизм больше. Как видно на прилагаемой схеме, лицевой угол европейца больше, чем у бушмена, и еще больше, чем у обезьян (рис. 18). При таких условиях имеются известные основания относить к признакам вырождения и резкий прогнатизм.



Рис. 17. Тригоноцефалический череп сверху.

Из различных частей лица более всего внимания уделяется ушным раковинам, вариации форм которых действительно очень велики. Как об особенном, дегенеративном ухе говорят о неправильной сморщенной форме ушных раковин, оттопыренных ушных раковинах (рис. 19). Дегенеративным признаком считают также и **п р и р а щ е н и ю у ш н у ю м о ч к у**, когда кожа последней, не делая никакого изгиба кверху, непосредственно переходит в кожу щеки. Приращение ушных мочек — довольно частое явление не только у душевнобольных. Заслуживает внимания, что проф. Г. И. Россолимо констатировал корреляции между ним и предрасположением к туберкулезу. «Дегенеративное» ухо нередко называют также морелевским ухом. Говорят также о вильдермутовском ухе, равно как описывают различные другие вариации, виды «дегенеративного» уха. При собирании признаков дегенерации всегда отыскивают так называемый дарвиновский и сати-ров бугорки. Первый — бугорок в задневерхнем углу раковины, в резко выраженной форме — представляет очень постоянный признак у совершенно здоровых людей; реже он встречается в качестве более значительного возвышения (рис. 20). Сатилов бугорок — остроугольное возвышение в середине верхнего края раковины — представляет сравнительно нередкий признак. При оценке различных изменений ушных раковин нужно иметь в виду также, что ухо может быть обезображено вследствие каких-нибудь приобретенных изменений, например благодаря кровоизлияниям под надхрящницу на почве травмы, например у больных параличом помешанных иногда наблюдается резкое обезображение уха — так называемая отематома.

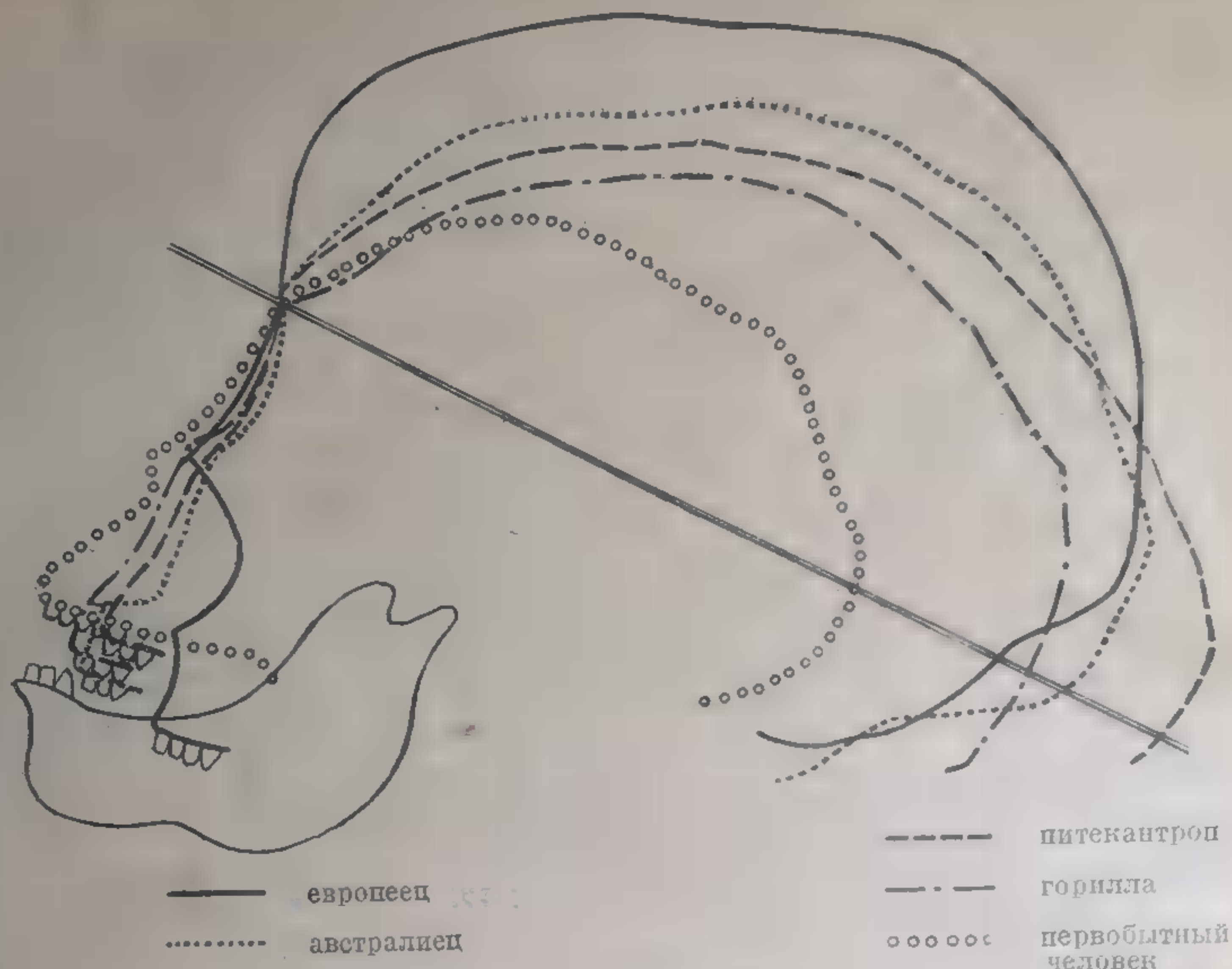


Рис. 18. Различные стенки прогнатизма у обезьяны и человека.



Рис. 19. Неправильное, частью несимметричное строение черепа и лица у олигофренов; оттопыренная ушная раковина у мальчика справа.

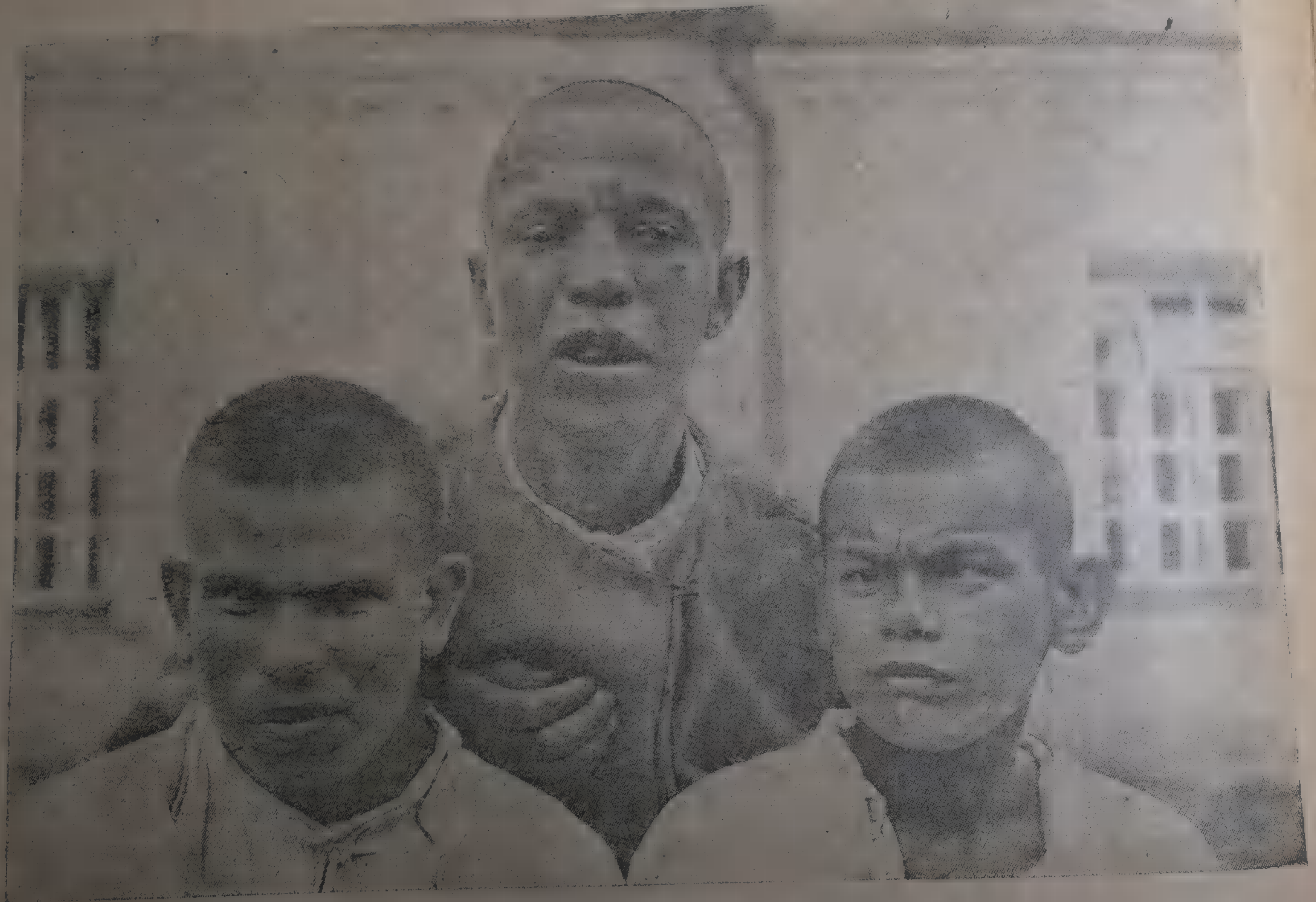


Рис. 19. Неправильное, частью несимметричное строение черепа и лица у олигофренов; оттопыренная ушная раковина у мальчика справа.

Такое же внимание уделяется области глаза; здесь в качестве аномалий развития можно наблюдать неправильное положение глазниц, слишком близкое или очень далекое одна от другой, иногда несимметричность в их положении и конфигурации. К признакам дегенерации относят встречающуюся иногда кожную складку с внутренней стороны глазницы — эпикантус, неправильности в форме зрачка, иногда дефекты в радужной оболочке, неодинаковую окраску ее в обоих глазах. Форма носа подвержена очень большим вариациям и в норме, и здесь не выделено каких-либо «дегенеративных» признаков. Очень часты аномалии в строении зубов, которым также приписывается значение признаков дегенерации.

Аномальным может быть позднее их появление и неправильность в порядке смены молочных зубов постоянными. Отмечают неправильности в их расположении, очень большие или слишком малые размеры их (макро- и микродонтию), выемки на режущем крае, особенности резцы с поперечными выемками на передней поверхности (гетчинсоновские зубы). В прежнее время всегда обращали внимание, является ли небо слишком высоким или низким или узким. Такие аномалии развития, как расщепление мягкого и твердого неба (волчья пасть), заячья губа, конечно заслуживают внимания и должны быть отмечаемы.

Иногда дело не в отдельных бросающихся в глаза признаках, а в общем типе строения лица, которое в целом представляется необычным, непропорциональным, негармоничным. Иногда лицо по всему складу кажется принадлежащим человеку какой-то другой расы. Как о монголоидном типе лица говорят, если наблюдаются широкие скулы, узкие, косо поставленные глазные щели, толстый язык, покрытый особыми трещинами и складками слизистой оболочки (*lingua scrotalis* — напоминает кожу мошонки). (Фотография монголоида дана в главе о монголизме.) Аномалиям развития могут подвергнуться и другие части тела и отдельные ткани. Может быть не вполне правильное формирование костей. Как о дегенеративном признаке говорят о ладьевидной лопатке, если внутренний край последней не выпуклый и не ровный, а вогнутый, что легко установить ошупыванием или даже на-глаз, если путем соответствующего положения руки добиться того, что она несколько отойдет от туловища (рис. 21). Сход-



Рис. 20. Несимметричность в строении лица олигофрена, одна ушная раковина больше другой — на ней ясно выступает дарвиновский бугорок.

уде-
десь
раз-
дать
ение
зкое
на от
мет-
ении
зна-
осят
гда
вну-
зни-
не-
орме
кты в
, не-
ее в
носа
ьшим
ме, и
аких-
» при-
нома-
в, ко-
ывает-
ов де-
льным

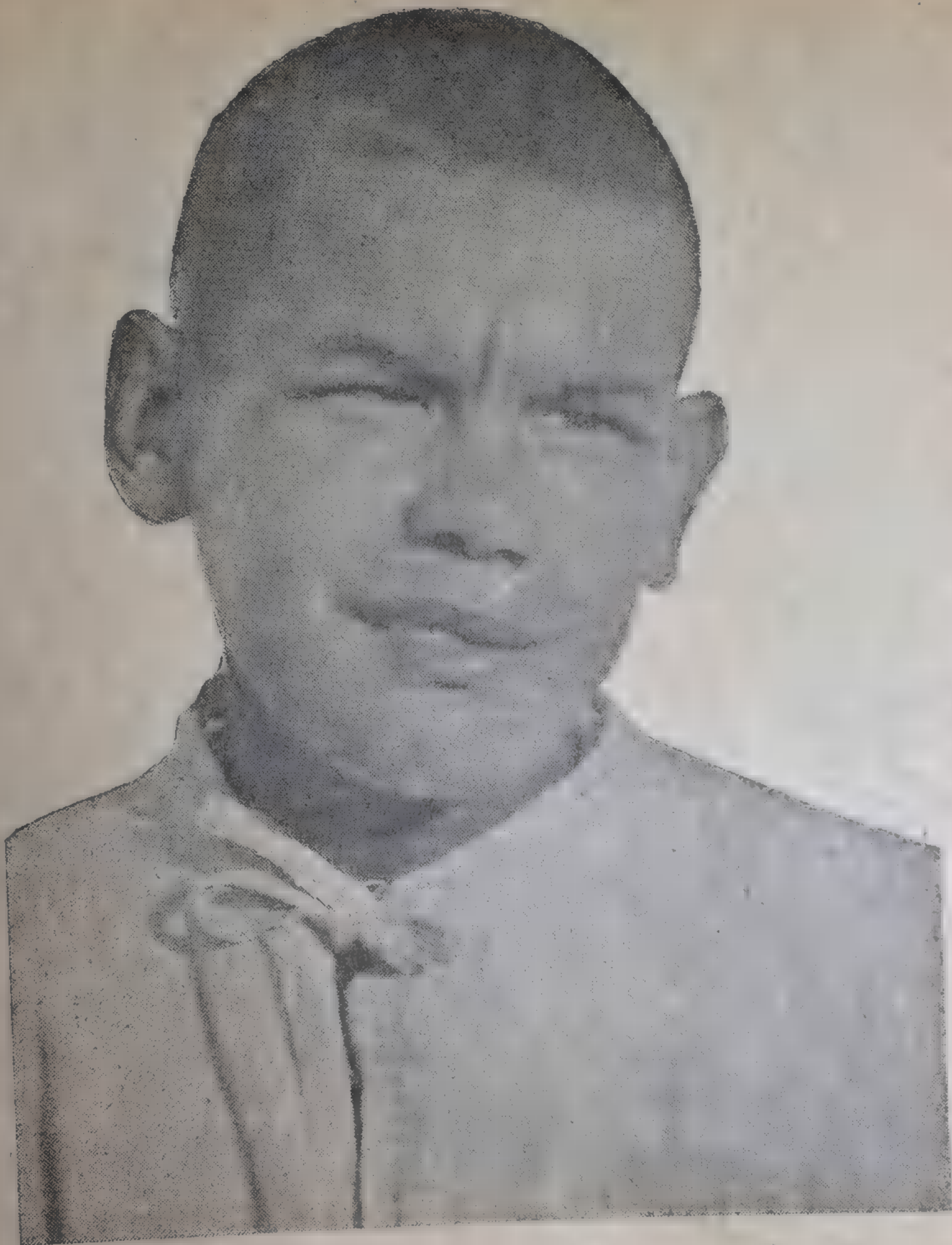


Рис. 20. Несимметричность в строении лица олигофрена, одна ушная раковина больше другой и на ней ясно выступает дарвиновский бугорок.

их появление и неправильность в порядке сме-
постоянными. Отмечают неправильности в их
божине или слишком малые размеры их (ма-

уде-
десь
раз-
дать
ение
зкое
а от
мет-
ении
зна-
осят
гда
вну-
зни-
не-
орме
ты в
не-
ее в
носа
ьшим
ме, и
аких-
» при-
нома-
в, ко-
ывает-
ов де-
льным

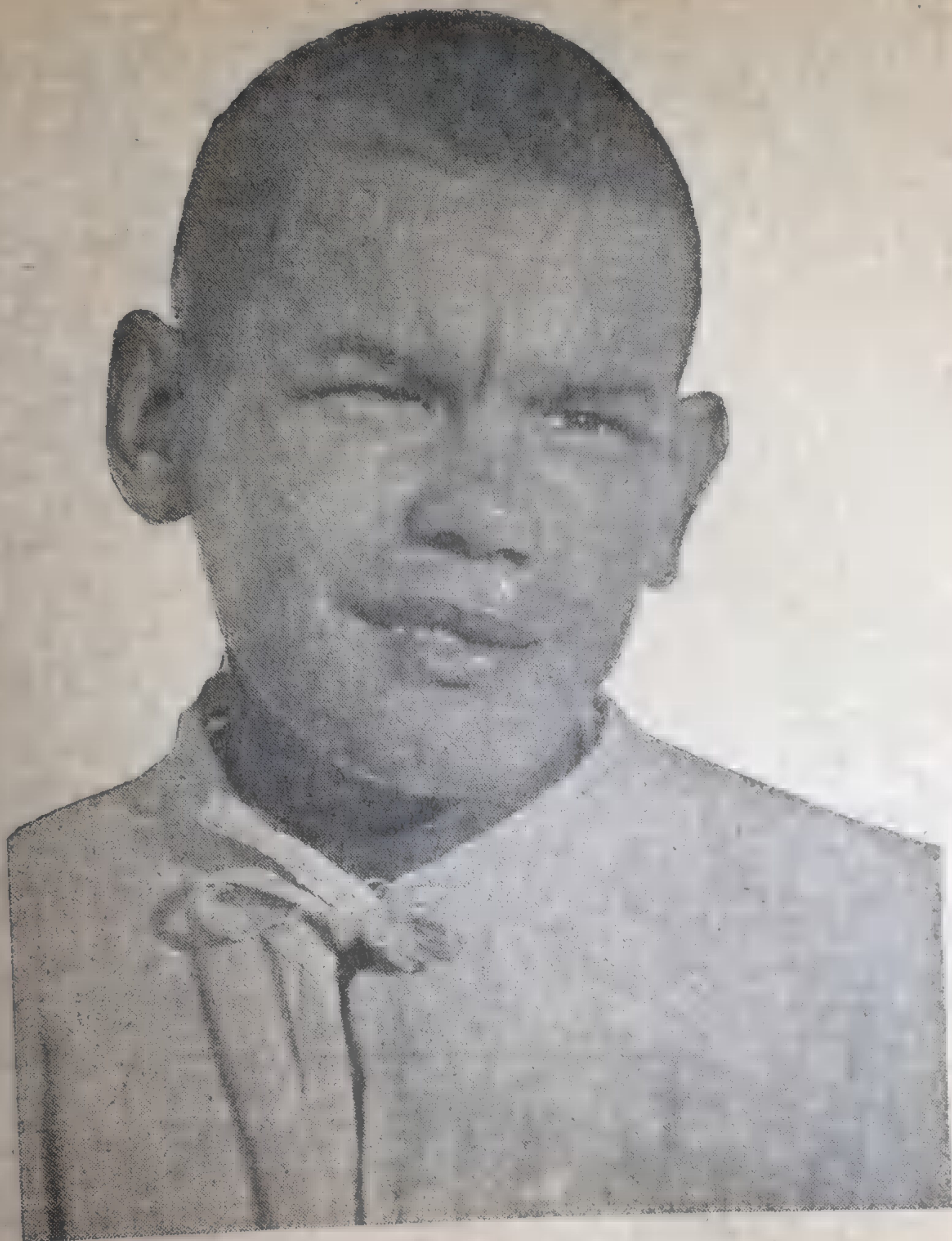


Рис. 20. Несимметричность в строении лица олигофрена; одна ушная раковина больше другой и на ней ясно выступает дарвиновский бугорок.

их появление и неправильность в порядке сме-
постоянными. Отмечают неправильности в их
большинство или слишком малые размеры их (ма-



Рис. 21. Ладьевидная лопатка.

ство с лодкой такая лопатка представляет при рассматривании ее сзади, особенно если вообразить, что вся она повернута на 90° . Гревс считал такую лопатку характерной для наследственного сифилиса; это едва ли верно, но в качестве дегенеративного признака вообще она несомненно заслуживает внимания. Кроме непропорциональной величины конечностей иногда может наблюдаться недоразвитие отдельных костей, особенно мелких костей запястья, аномалии в строении пальцев, например шестипалость. Могут представить различные аномалии положение пальцев и их взаимная величина. Большие пальцы на ногах могут быть поставлены несколько обособленно от других, напоминая большие пальцы обезьян; с другой стороны, большие пальцы на руках могут быть менее обособлены от других, чем то бывает обычно. Мизинцы иногда по величине бывают равны указательным. В области кистей и стоп могут быть и другие аномалии, например образование широкой кожной складки между пальцами, напоминающей плавательную перепонку животных; изредка наблюдается срастание пальцев между собой (синдактилия) (рис. 22). Иногда все ногти, срастаясь вместе в одну массу, образуют что-то вроде копытца (рис. 23). Это может быть как на руках, так и на ногах. Довольно часты различные аномалии в росте и распределении волос. На голове может быть не один завиток, как бывает обычно, а два. Помимо нахождения волос в обычных местах они могут иногда покрывать все тело или некоторые места, где их в норме не бывает, например ушные раковины.

Таким образом число признаков, относимых к дегенеративным стигматам, необычайно велико, и мы перечислили только наиболее часто встречающиеся или такие, которым придавалось особенное значение. В настоящее время их также регистрируют, но с меньшим рвением, ■ во всяком случае из наличия или отсутствия их не делают особенных выводов. Это вполне понятно, если обратить внимание на причину их возникновения. Едва ли вообще бывают такие случаи, которые можно трактовать как возврат к далекому прошлому, как проявление атавизма в собственном смысле. В том ограниченном смысле, какой придается ему теперь, он никогда не представляет прямого возврата к какой-то определенной фазе развития ■ отдаленном прошлом. Это есть результат комбинированного действия наследования различных признаков от всех предшествующих поколений и пороков развития, обусловленных какими-нибудь вредными моментами, действующими на самый зародыш или уже после рождения на развивающийся организм. При этом роль этих экзогенных факторов даже перевешивает эндогению. Например причины частых аномалий в строении черепа, которым как раз придается очень большое значение, часто заключаются в преждевременном срастании отдельных швов, зависящем в свою очередь от тех или других нарушений биологических процессов, главным образом от поражения эндокринных желез. Преждевременное срастание какого-нибудь шва ведет к приостановке роста черепа в направлении, перпендикулярном к шву, например раннее зарастание стреловидного шва ведет к долихоцефалии, венечного и затылочного швов — к брахицефалии. При зарастании вертикально расположенных швов или их частей череп будет расти преимущественно вверх. В случае зарастания шва с одной какой-либо стороны естественно, что возникает более или менее резкая асимметрия. Конечно нельзя исключить и роли эндогенных моментов, но она обычно стоит на первом месте только в случаях резко выраженных аномалий развития. Например микроцефалия как таковая есть результат задержки развития в чистом виде, вызванной тяжелой



Рис. 22. Синдактилия.

эндогенией. Форма черепа иногда может быть прямым результатом рахита, в особенности четырехугольная голова с резко выдающимися лобными и теменными буграми и ягодичная форма черепа. Она может быть изменена также вследствие воспалительных процессов, например на почве сифилиса. Теперь, когда мы знаем, что каждый лишний сантиметр роста или грамм веса, рост мозга, костей, волос и всех органов находятся в тесной зависимости от деятельности желез внутренней секреции, мы не можем происхождение различных аномалий сводить только к передаче по наследству соответствующих генов и забывать, что они могут быть прямым последствием вредных экзогенных моментов, действующих на развивающийся организм с момента зачатия. Естественно поэтому, что так называемые признаки дегенерации можно встретить у очень большого количества лиц, до глубокой старости не обнаруживающих никаких расстройств в нервно-психической сфере. Повторные исследования физических признаков дегенерации в здоровом населении обнаружили еще меньшую разницу в этом отношении сравнительно с пациентами психиатрических больниц, чем то было обнаружено по отношению к наследственному отягощению. В особенности нельзя придавать значение какому-нибудь отдельному признаку. Наличие большого количества аномалий должно естественно навести на мысль о необходимости тщательного обследования случая и выяснения причин его происхождения. В особенности это относится к очень большим отклонениям в ту или другую сторону размеров и формы головы. Им нужно придавать значение не потому, что в них можно видеть какие-нибудь проявления атаксизма, вырождения или выявления каких-нибудь генов, а потому, что они обычно зависят от каких-либо болезненных процессов, от которых могло пострадать и развитие мозга. Например очень маленькие размеры черепа могут стоять в связи с известной гипоплазией мозга и следовательно с известной степенью дебильности интеллекта или по крайней мере его ограниченности. Исследования, поставленные по этому вопросу, показали, что в среднем, если речь идет о сравнительно больших цифрах, высокому и выше среднего стоящему интеллекту соответствует большой череп, и наоборот, низкий интеллект чаще всего скрывается под маленьким черепом. Но это не может считаться абсолютным правилом, и например знаменитый математик Гаусс имел очень маленький череп и небольшой мозг. Также и очень большие черепа подозрительны в смысле возможности какого-нибудь вызвавшего их болезненного процесса, например водянки, туберозного склероза или какого-либо иного заболевания, связанного с увеличением массы мозга за счет разраста-



Рис. 23. Сросшиеся пальцы, причем срослись также и ногти, образовав как бы копытце.

заключается в том, что они могут быть, так сказать, сигнальными признаками каких-нибудь болезненных процессов, могущих отразиться на строении и функционировании. Еще важнее то обстоятельство, что аномалии развития, физические признаки дегенерации по прежней терминологии, мы изучаем вместе с физическим строением вообще, с особенностями соматических типов сложения.

12. ПОНЯТИЕ КОНСТИТУЦИИ И ПСИХИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ В ПСИХИАТРИИ

Понятие конституции в психиатрию перешло из общей медицины и биологии, причем применяется не всегда ■ одинаковом смысле. С давних времен врачи говорили о конституциональных болезнях, если речь шла не о поражении одного какого-нибудь органа, а о болезненных явлениях, стоящих в зависимости от общих особенностей всего

ния глии. Крайние степени брахи-долихоцефалии или оксицефалии также могут стоять в связи с какими-нибудь болезненными процессами, но и здесь могут быть исключения. Например Кант и Шопенгауэр были брахицефалами, и в то же время никто не станет подозревать у них наличия каких-либо явлений, свидетельствующих о вырождении или указывающих на какие-либо процессы, ведущие к дегенерации.

Таким образом те признаки, которые раньше оценивались как ясные указания на наличие вырождения, должны тщательно изучаться и теперь, но им нужно придавать совершенно иное значение. В прежнее время констатирование тех или других признаков этой группы у пациента считалось достаточным для заключения, что его заболевание развилось на дегенеративной почве, и эта дегенерация бралась за основу для составления представления о сущности психоза ■ этом случае. Мы обращаем на них должное внимание при обследовании каждого случая и теперь, но, констатируя их, смотрим на эти признаки как на аномалии, вариации нормального развития. Их значение, с одной стороны,

организма. В этом смысле термин «конституциональные заболевания» применим к подагре, диабету и т. п. Вполне определенное содержание это понятие получило только с тех пор, как ближе познакомились с явлениями наследственности. В кратком и самом общем определении конституция—это совокупность врожденных особенностей организма, определяющих характер его реагирования на внешние раздражения. В понятие прирожденного входят элементы двух категорий—собственно наследственные, обусловленные полученными от предков генами, и те, которые зависят от каких-нибудь влияний на зародыш или, как обычно говорят, от поражения зачатка. Некоторые авторы считают, что конституция в своем существе определяется только наследственными моментами, но более правильно думать, что она зависит также от влияний, исходящих из окружающей среды, включая и те, которые относятся к периоду эмбрионального развития. С этой точки зрения характер конституции в течение жизни под влиянием таких моментов, как инфекции, травмы головы, психические потрясения, может более или менее значительно измениться, и с полным правом можно говорить о приобретенных конституциях. Конституция может меняться и под влиянием внутренних изменений в наследственных задатках не обязательно при участии внешних факторов. Каждому периоду жизни свойственны свои особенности и можно говорить о возрастных конституциях, в частности о конституции детства; личности женщины также свойственны свои особенности.

Заслуживает большого внимания определение конституции, данное Краузом, очень много работавшим в этой области: «Это — присущее индивидууму состояние, унаследованное или приобретенное, поддающееся морфологическому или функциональному анализу, возникающее как из проявления отдельных функций, так и из суммы телесных и душевных особенностей; состояние, определяющее тип деятельности и развития организма; состояние, характеризующее индивидуума в смысле требований, которые к нему можно предъявлять в отношении его сопротивляемости, способности к возрождению и жизнеспособности». Соответственно понятиям «генотип», «паратип» и «фенотип» Сименс выделяет генотипические и паратипические конституции, как зависящие от наследственных и внешних моментов, и, с другой стороны, фенотипические как реальные личности со всеми их особенностями, чем бы они ни были вызваны.

Конституция — общее понятие с довольно обширным содержанием, которое составляется из большого количества отдельных признаков. По словам Марциуса общая конституция состоит из отдельных, частичных конституций, зависящих от характера реакций тех или других отдельных органов. Общую конституцию нельзя однако понимать просто как сумму частичных конституций, так как последние находятся между собой в определенной связи и влияют друг на друга. Как видно из сказанного, общих конституций не должно быть много. Патологи отмечают стеническую, астеническую, неустойчивую или лабильную конституции, под которые можно подвести все отдельные случаи. Более общее понятие конституции включает в себя такие понятия, как предрасполо-

женне, диатез, дискразия; к предрасположениям относят обыкновенно и идиосинкразии. Та или другая конституция может характеризоваться предрасположением к различным заболеваниям; например говорят о предрасположении к туберкулезу, судорожным припадкам или душевным заболеваниям. В том же приблизительно смысле применяется термин диатез, но его употребляют в более узком смысле и с конкретным указанием, о каком именно диатезе идет речь, например подагрический, ревматический диатез. Термин дискразия, применявшийся в прежнее время, взят из гуморальной патологии и имеет в виду характеризовать то или другое состояние соков организма.

К конституции относится **темперамент**, который характеризует собой главным образом темп реагирования и вообще течения психических процессов. С давних пор говорят о живом, или сангвиническом темпераменте, вялом, торпидном, или лимфатическом, и желчном, или холерическом. Понятие **характер** представляет нечто отличное от конституции. Он определяется гораздо большим числом отдельных признаков, и естественно, что характеров гораздо больше, чем конституций. По определению Кречмера характер — «совокупность всех аффективно-волевых возможностей реакций человека в том виде, как они возникают в течение его жизни из наследственных задатков и из всех экзогенных факторов, соматических влияний, воспитания, влияния среды и перенесенных переживаний».

Особенности конституции с предрасположением к определенным реакциям, темперамент, характер определяют собой основу психической личности; точнее сказать, они имеют большое значение для определения наиболее основных ее элементов, для ее формирования. Как ясно из изложенного, большое значение имеют переживания, наслаивающиеся в течение жизни одно на другое; ими заполнено и содержание психической личности; последняя в каждом случае имеет свою особую структуру, состоит из различных психических слоев, имеющих различную давность и различное биологическое значение. С большой определенностью можно различать две группы психических напластований: одну, соответствующую жизни примитива, с преимущественной ролью инстинктов и влечений, и другую, позднейшую, характеризующуюся большей сознательностью и большей сложностью психических актов. Схематически взаимоотношение этих двух групп психических явлений, до известной степени самостоятельных личностей, глубинной личности (*Tiefeperson* Крауза) и личности вообще, можно представить себе очень ясно. Несомненно, что жизнь инстинктов, влечений, импульсов — гораздо большей степени связана с деятельностью стриопалидарной системы, тогда как более высоко стоящую психическую жизнь нужно сопоставлять с кортикальными психическими механизмами. Так как — хвостатое тело, и чечевицеобразное ядро, и паллидум являются дериватами коры полушарий, отщнуровавшимися в раннем периоде эмбриональной жизни от общей массы, то естественно, что они являются носителями более примитивной психической жизни. Последняя образует как бы ядро, на которое наслаиваются новые психические образования, связанные с все более развивающейся корой. Как давно установлено физиологами, коре свойственно тормозить более простые нервно-психические акты, в том числе даже рефлекс спинного мозга. Естественно при таких условиях, что между той и другой психической жизнью существует известный антагонизм, причем различные инстинктивные влечения, более первобытные стремления на пути к своему осуществлению находят противодействие со стороны коры. За последнее время особенно обращают внимание на большую роль этой примитивной первобытной психики, и не без основания. Должная оценка ее имеет большое значение для понимания сущности патологических

уклонов. Некоторые авторы идут так далеко, что, отказывая коре в роли примата, основным, определяющим считают эту примитивную психику. С точки зрения схемы, даваемой исследователями этого направления, не под корковые центры в функциональном отношении находятся «под коркой», а она под ними. То же по существу разделение имеется и у авторов, исходящих в своих концепциях не из анатомических построений, а из эмпирической психологии и клиники, хотя бы они даже не учитывали генеза психических явлений и рассматривали их, так сказать, не в продольном разрезе, а в поперечном. Фрейду, придающему особенно большое значение в лечении и я м и основному из них половому влечению (libido), примитивная психическая жизнь представляется в виде «оно» (Das Es), которое складывается под влиянием восприятия органических ощущений и содержит в себе эмоции, главным образом удовольствия и неудовольствия, и инстинкты. Это «оно» становится осознаваемым непосредственно в эмоциях без связи со словесными представлениями. Ему противопоставляется «я», которое стремится заменить принцип удовольствия принципом реального отношения к внешнему миру и которое связано с корой полушарий. Та же мысль в сущности имеется у Кречмера, который говорит о г и п о б у л и к е (инстинкты и стремления), ц е л е в ы х д е й с т в и я х (кора) и низшем физиологическом рефлекторном аппарате. Взаимоотношения между обеими личностями или обеими частями личности особенно ясно можно представить себе с точки зрения учения Павлова. Высшая нервная (психическая) деятельность связана с корковыми механизмами, и составляющие ее сущность условные рефлексы образуют более поздние в смысле онтогенеза психические слои, базирующиеся на основном пласте, слагающемся из безусловных рефлексов и инстинктов.

Кроме этого основного деления психики на две большие группы явлений различные исследователи проводят много других разделений, имеющих в виду различные исходные точки зрения. Пользуется большой известностью разделение психики на три части, проводимое психологом Клагесом. Он отличает материал, структуру и качественную сторону. К материалу относятся способности, таланты; к качественной стороне — стремления, инстинкты, воля, способность приспособления к окружающей действительности; к структуре относится прежде всего темперамент и вообще проявления, от которых зависит темп. Это разделение, чисто психологическое по своему построению, в некоторых частях совпадает с только что приведенными взглядами исследователей других направлений и в частности физиологов. Из этого видно, что основные отличия в психике отмечены верно. Штранский и Блейлер различают «Noopsyche», к которой относятся все чисто интеллектуальные функции, и «Thymopsyche», мир инстинктов, влечений, эмоций. Вопрос о том, какие элементы в психике являются главными, определяющими собой все остальные, не одинаково решался исследователями разных направлений. Более правильным нужно считать взгляд о примате эмоционально-волевой сферы, о большой роли инстинктов и влечений. Концепции, ставящие акцент на интеллекте, особенно распространены во Франции. Так Жанэ, говоря об иерархии психической деятельности, различает в последней следующие ступени: над всем стоит схватывание реальности во всех ее формах, способность координировать свою деятельность со всеми явлениями реального, пользуясь пластичностью и гибкостью ассоциативных механизмов; далее идут способности, таланты, еще далее инстинкты, висцеральные и сосудодвигательные реакции с соответствующими эмоциональными переживаниями и наконец простейшие рефлексы.

Изучению личности в настоящее время большое значение придается психиатрами еще и потому, что самые психозы, как мы видели, рассматриваются как ее заболевания, как изменения лежащих в основе ее особенностей. В характеристику личности входят как наиболее существенные элементы все врожденные и приобретенные особенности реагирования на внешние впечатления, т. е. конституция, а главное — темперамент и характер. Если в основе всяких, даже не особенно резких и временных изменений психической сферы мы предполагаем телесные изменения, то конечно более стойким и

более значительным особенностям, лежащим в основе конституции, должны соответствовать комплексы более определенных и резких признаков соматического порядка. Представление о какой-то корреляции между психическими особенностями и соматикой, именно строением тела и черт лица, с давних времен занимает умы, хотя в разные времена и облекалось в различную форму. В народных сказках, подводящих итоги многовекового опыта, различные, резко бросающиеся в глаза психические особенности всегда соединялись с какими-нибудь характерными внешними признаками. Чорт и ведьма, олицетворение хитрости и зла, рисуются всегда худыми, с острыми чертами лица, добродушие же всегда соединяется с полнотой. Говоря о Кассии, Юлий Цезарь Шекспира высказывается в том же смысле: «Не нравится мне Кассий; он слишком тощ. Я люблю людей довольных, тучных». Было время когда изучением корреляций между характером и построением головы, в особенности лица, занималась так называемая *физиогномика*, считавшаяся до известной степени особой наукой. Известно руководство по этому вопросу Лаватера, в котором особенное внимание обращено на сходство лица с мордой того или другого животного, причем на основании этого сходства делали заключение о наличии у того или другого субъекта лисьей хитрости, львиной храбрости и т. п. О научной постановке вопроса можно говорить с того времени, как стали изучать соматические типы, соматические конституции и устанавливать соответствующие психические особенности. Первая вполне научная и в достаточной степени разработанная теория соматических типов принадлежит французскому исследователю Сиго. Он различал в зависимости от преимущественного развития той или другой системы органов церебральный, дыхательный, брюшной и мышечный типы. В особенно ясной и обстоятельной форме учение о соматических типах было развито Кречмером, который для каждого из них устанавливал и соответственный психологический тип, психическую конституцию. Для своей характеристики типов с соматической стороны кое-что он позаимствовал у Сиго. Кречмер выделяет три основных типа: *пикнический*, *астенический* и *гигантский*.

Пикнический тип характеризуется сравнительно хорошим развитием всех полостей тела, ■ особенности черепной и грудной, не особенно высоким ростом и пропорциональным сложением. Наиболее характерные особенности здесь, как и по отношению к другим типам, можно видеть в лице. Лицо пикника обращает на себя внимание округлыми, приятными чертами, общей гармоничностью и привлекательностью (рис. 24). Этому соответствуют и некоторые другие признаки, стоящие в связи с особенностями вегетативных процессов. Типично, что растительность на лице и голове не бывает выражена особенно сильно, и у мужчин рано начинается облысение. Характерна также склонность к ожирению, заметная более всего не в лице, а во всей фигуре, и сказывающаяся не в молодом, а среднем возрасте (рис. 25). Все основные свойства вообще особенно отчетливо выступают в среднем возрасте, а у молодых субъектов, у детей тем более, не так определены; у женщин отдельные черты того или иного типа выступают также не всегда с достаточной ясно-

стью. Каждому соматическому типу соответствует склонность к определенным соматическим заболеваниям, в частности пикники предрасположены к подагре, диабету, артериосклерозу, видимо также и раку.

Астенический, или лептозомный, тип во многих отношениях противоположен пикническому. Люди этого типа, несмотря на свой в общем небольшой рост, кажутся высокими благодаря своей худощавости. Грудная клетка носит часто ясно выраженный паралитический характер, в связи с чем астеники очень склонны к туберкулезу. Голова не особенно велика, причем лицо *en face* имеет форму шестиугольника с закругленными углами. В лице нет особенной правильности и пропорциональности (рис. 26), благодаря чему можно ска-

зать, что оно скорее интересно, чем правильно и привлекательно. Черты лица вообще более острые; нос и верхняя челюсть часто выдаются вперед (рис. 27). Благодаря выстоянию носа и покатому лбу средняя часть лица при рассматривании сбоку кажется высунутой вперед — *Winkelprofil* немецких авторов. Для астеников типична обильная растительность, благодаря чему на голове лептозома точно шапка из волос; обильно также растут усы и борода.

Гигантический тип характеризуется большим размером всех частей костного скелета, большим ростом, длинными и толстыми костями конечностей. Голова и лицо также велики и недостаточно пропорциональны (рис. 28).

Кроме основных типов имеется целый ряд других, характеризующихся главным образом дисгармоничностью сложения и могущих быть названными диспластическими. В основе их лежат сдвиги в тех или других эндокринных системах, почему здесь можно выделить несколько отдельных картин, наиболее существенные признаки которых определяются преимущественным поражением той или другой закрытой железы. К числу таких типов нужно отнести инфантильный, который характеризуется детскими пропорциями тела и небольшим ростом. При этом имеют значение не столько малые размеры



Рис. 24. Округлые черты лица пикники с циклоидной конституцией.



Рис. 25. Лицо и фигура пожилого пикника.

туловища и конечностей, сколько инфантильные пропорции между ними, т. е. то, что конечности, как бывает у детей, сравнительно с туловищем очень коротки и не выражены половые особенности таза. Иногда к таким явлениям может привести поражение зачатка на почве сифилиса, туберкулеза родителей или тяжелые истощающие болезни первых лет жизни. Хотя и в этом случае нельзя исключить роли закрытых желез, все же принято говорить о дистрофическом инфантилизме в противоположность железистому. В первом случае инфантилизм обычно имеет известные особенности — сравнительную пропорциональность частей тела между собой и известное изящество сложения — инфантилизм типа Лорана. Железистые формы характеризуются большей диспропорциональностью, короткими, толстыми конечностями и такой же шеей; такие случаи объединяются общим именем типа Бриссо. Очень характерной вариацией

этого типа является **кретинизм**, зависящий от недостаточной деятельности щитовидной железы и иногда сопровождающийся микседематозными явлениями (микседематозный кретинизм). Гипофизарный инфантилизм характеризуется большей пропорциональностью и отсутствием признаков гипотиреоза.

Евнухоидный тип характеризуется признаками, описанными в ясной форме Тандлером и Гроссом: сравнительно высокий рост, длинные и тонкие кости конечностей, слабое развитие растительности и вторичных половых признаков; у мужчин между прочим долго или совсем не происходит так называемого перелома голоса и последний сохраняет детский характер.

Из перечисленных типов чаще всего встречаются пикнический, астенический и гигантический. Диспластические типы являются болезненными отклонениями, тогда как первые представляют вариации нормального строения. К ним, в особенности к первым двум, а также к смешанным формам, которые бывают чаще, чем чистые типы, можно свести все человечество. То или другое строение тела, характеризующее определенный тип, в свою очередь не может считаться чем-то случайным. Так как рост всего тела, равно как рост отдельных частей, волос, та или другая степень питания находятся под влиянием гормонов закрытых желез, то каждой соматической вариации должно соответствовать определенное соотношение эндокринных желез,

в свою очередь не могущее остаться без влияния на нервно-психическую сферу. Мы знаем, какую огромную роль играют вегетативные процессы в генезе эмоций и других психических явлений; в свою очередь они в своей деятельности и в смысле большей или меньшей энергии и в смысле темпа находятся под влиянием гормонов. Естественно поэтому, что каждому соматическому типу должен соответствовать особый тип структуры психической личности с особым характером реагирования на внешние раздражения. Определенные корреляции в этом отношении несомненно существуют, но установить их очень затруднительно ввиду существования большого количества смешанных и переходных форм. Кроме того типы сами по себе не есть что-то совершенно неподвижное, вылившееся в окончательную форму, а наоборот, нечто подверженное большим изменениям, даже в соматических компонентах.



Рис. 26. Лептозомный (астенический) тип сложения.

Возможность таких изменений необходимо было бы допустить даже в том случае, если бы все определялось только гормонами закрытых желез. Действие гормонов проявляется не одновременно — не всегда непосредственно после рождения, так как у каждой железы существуют определенный цикл развития и закономерность в смысле максимума жизнедеятельности именно в определенном периоде жизни.

В связи с этим и соматический тип явно бывает выражен обычно только с наступлением среднего возраста. Но на соматическое сложение могут влиять также условия жизни и работы, не говоря уже о различных заболеваниях. Еще больше относится это к психическим особенностям, которые изменяются в зависимости от всяких условий внешней среды.

Все сказанное делает понятным, что психические вариации, носящие в психиатрии название психических типов, конституций, только в меньшей своей части могут быть охарактеризованы ясными соматическими признаками. К этой меньшей части относятся *циклоидные* и, с известными оговорками, так называемые *шизоидные личности*. Первые характеризуются живым темпераментом, в общем покойным и несколько приподнятым настроением с известной склонностью к колебаниям, но без резких скачков и немотивированных импульсов; очень существенным элементом этого типа является синтонность — способность сливаться, растворяться



Рис. 27. Выстояние вперед средней части лица у лептозома.

приветливый; 2) ясный («солнечные натуры» немецкой психологии), наклонный к юмору, живой, горячий; 3) тихий, спокойный, все глубоко воспринимающий, мягкий. Как впервые установлено Кречмером и подтверждается исследователями разных стран, циклоидный тип приблизительно в 66—70% совпадает с пикническим типом сложения. Если говорить о соматическом типе циклоидов вообще, то к сказанному нужно добавить, что меньшая часть их оказывается смешанными типами и лишь небольшая часть — астениками и гигантиками.

Циклоидная конституция характеризуется очень определенными признаками, и существование ее можно считать определенно установленным. Ей противопоставляется другой тип — шизоидный.

«Шизоид» — психологическое понятие для обозначения людей с своеобразными характерологическими особенностями. Шизоиды — это замкнутые в себя люди, живущие преимущественно своей внутренней жизнью и предпочитающие книгу обществу других людей. Им свойственны некоторая внешняя холодность и недоступность

в окружающей среде, жить в унисон с окружающим. Циклоиды очень общительны, живо откликаются на впечатления окружающего; они очень подвижны и деятельны, чему способствует и их развитая моторика; движения их ловки, закруглены, точно соответствуют намеченной цели; все их поступки и руководящие ими мотивы ясны и понятны, именно как живой отклик на окружающее. Кречмер, которым главным образом разработано учение о циклоидах, подробно описал их психику; он сводит наиболее часто встречаемые характерные признаки к определенным группам, намечая таким образом различные варианты циклоидов: 1) общительный, добросердечный, дружелюбно настроенный,

при способности тонко воспринимать и живо чувствовать. По особенностям своей одаренности это больше теоретики, склонные к кабинетной деятельности, а не люди практического склада. Со стороны эмоциональной для них характерны колебания от некоторой холодности с высокомерным отгораживанием от других до очень повышенной чувствительности и ранимости. С внешней стороны это не всегда пропорционально сложенные люди, неловкие, с угловатыми движениями. В поведении их много порывистости, неровности; нередко они обращают на себя внимание странностями, чужацеством. Шизоидов особенно часто можно встре-



Рис. 28. Гигантское сложение.

тить в семьях, где много больных, страдающих шизофренией как определенным психозом. Отсюда возникла мысль, что шизоид—это нечто промежуточное между здоровым человеком и шизофреником, как бы начальная или рудиментарная форма последней. Такой точки зрения держался Блейлер, который и дал впервые описание психики таких людей. Правильнее всего говорить однако, что шизоид—это комплекс характерологических особенностей, могущих не иметь никакого отношения к шизофрении. По мнению Кречмера все люди могут быть разделены на две большие группы, являющиеся в известном смысле антиподами: шизоидов и циклоидов. Изменение характера в смысле накопления шизоидных черт (шизоидирование личности) может быть также приобретенным явлением, развиваясь в результате инфекций, вообще соматических заболеваний и тяжелых психических заболеваний (М. Я. Серейский, Н. П. Бруханский).

Близко к шизоиду понятие «шизотимия», но шизоид мыслится часто как невыраженная форма шизофрении, как что-то построенное по образцу болезни, шизотимия же характеризуется главным образом особым свойством темперамента и способом реагирования на внешние воздействия. Шизотимия противопоставляется циклотимии, стоящей как бы на другом полюсе с шизотимией; в отличие от циклотимии шизотимику не свойственны

мягкость, общительность, закругленность душевных переживаний и наклонность сливаться с окружающей средой; как движения его угловаты, нервны, так и все реакции взрывчаты, нередко совершенно неожиданны; иногда они могут быть очень бурны; даже при большой внешней аффективности их реакции психологически мало понятны вследствие несоответствия с вызывающими моментами.

На фоне того или другого конституционального типа могут наблюдаться картины, более или менее отличающиеся друг от друга и представляющие его разновидности. В особенности это относится к циклоидам, по отношению к которым можно говорить о целом ряде конституций, представляющих вместе один большой круг. Здесь главным образом выделяют следующие конституции: конституциональное возбуждение, конституциональную депрессию и циклотимическую конституцию.

Введение понятия «конституция» в патологию душевного расстройства оказалось вообще очень плодотворным, так как оно может очень многое объяснить в генезе психоза и прежде всего тот основной факт, что, исходя из наличия только одних экзогенных факторов, можно объяснить очень немногое. Как проникновение в организм туберкулезной палочки не предопределяет еще туберкулеза и форм его течения, так то же можно сказать например относительно шаудинговской спирохеты и прогрессивного паралича. Только учет всех особенностей соматического склада и характера реагирования на внешние моменты, т. е. конституции, может помочь разобраться во всех вопросах патогенеза. Роль конституции нельзя однако преувеличивать, видя в ней основное и даже единственно определяющее, давая право говорить о конституционализме как своего рода извращении правильного понятия конституции. Конституционально могут быть обусловлены ненормальность развития, преждевременная общая слабость или раннее изнашивание какого-нибудь органа; можно таким путем иногда объяснить характер течения психоза, но конституция — не фатум, тяготеющий над личностью всю жизнь и предопределяющий ее судьбу. Равным образом неверна точка зрения Кречмера, считающего психозы, например маниакально-депрессивный или шизофренический, своего рода заострениями соответствующих конституций. Болезнь — всегда нечто новое, не просто количественное увеличение тех или других постоянных свойств личности.

13. ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ■ ЭТИОЛОГИИ ДУШЕВНОГО РАССТРОЙСТВА

Внешние причины, играющие роль в происхождении психоза, должны изучаться с особенной тщательностью. Хотя играют роль и врожденное предрасположение и конституция, все же психоз обычно является реакцией на раздражители, идущие извне. При этом нередко бывает, чтобы эти внешние моменты действовали непосредственно на нервную систему; обычно они действуют на весь организм, вызывая расстройство в деятельности всех систем органов, в частности влияя на вегетативную нервную систему и нарушают обмен. Поскольку вегетативная система является чем-то стоящим вне центральной нервной системы, к экзогенным факторам нужно отнести и такие, в основе которых лежат расстройства обмена, например раз-

личные картины, возникающие на почве аутоинтоксикации. Здесь также при более точном выяснении происхождения болезненных явлений приходится считаться с различными вредностями, идущими из окружающего мира, но эта связь между причиной и следствием не так ясна, так как между ними лежит более или менее значительный промежуток времени и кроме того в этих случаях приходится иметь дело с медленно действующими причинами, дающими свой эффект только в результате суммирования большего количества мелких раздражений.

Изучение внешних факторов представляет большую важность еще в том отношении, что дает чрезвычайно много ценных опорных пунктов для лечебной и в особенности профилактической работы. В общей сумме — эндо- и экзогении — врач особенно активно может влиять на последнюю. Так как это все внешние факторы, раздражители, идущие из окружающей среды, то по существу они являются моментами, с которыми можно бороться и которые можно постепенно устранить. Если учесть то обстоятельство, что очень многие заболевания из группы психических и реактивных состояний целиком или почти целиком обусловлены внешними, т. е. по существу устраняемыми факторами, то ясно, как много может сделать врач в лечебном направлении. Но с этими моментами приходится считаться и в области конституциональных заболеваний и даже в группе процессов. Например приступ маниакально-депрессивного психоза очень часто возникает вслед за внешним толчком, как-то: психической травмой и пр.

К экзогенным моментам в чистом виде относятся физические воздействия и прежде всего механическая травма. Легко понять ее роль в тех случаях, когда речь идет о значительных разрушениях мозгового вещества в результате грубых повреждений, в особенности сопровождающихся нарушением целостности черепа. Удар по голове, падение с высоты на голову, несчастные случаи с попаданием под экипаж, трамвай и т. д. — все это может привести к более или менее значительной травматизации мозга. Повреждение костей черепа является ярким признаком тяжести нанесенных повреждений. Иногда при этом повреждение относится не к костям черепного свода, а к основанию. В этих случаях точное констатирование характера повреждения представляет гораздо большие трудности; такие явления, как кровоизлияния из носа и ушей, могут помочь в смысле указания на тяжесть повреждения. Нередко приходится иметь дело с повреждением мозга без нарушения целостности костей черепа, причем может развиться картина сотрясения мозга, вызванного более или менее мелкими и многочисленными кровоизлияниями в мозговое вещество. О тяжести повреждения можно судить также по глубине и продолжительности потери сознания, наступающей обычно в таких случаях. К непосредственным последствиям сотрясения нужно отнести развивающуюся иногда картину так называемого травматического делирия со спутанностью, возбуждением и галлюцинациями разного рода. Большое значение имеют более или менее отдаленные последствия. К таковым в случае тяжелого повреждения нужно причислить явления травматического слабоумия, состоящего из сочетания собственно ослабления интеллекта

с различными очаговыми явлениями, варьирующими в зависимости от степени распространения и локализации повреждений. Иногда в таком случае выдвигается на первый план не столько слабоумие как таковое, как своеобразное изменение личности с появлением особенной возбудимости, раздражительности, выражающейся иногда в приступах буйства; последние возникают иногда в результате опьянения, которое может наступить очень легко и от сравнительно небольших доз вследствие развивающейся у таких лиц непереносливости к спиртным напиткам. Это — картина так называемой **травматической дегенерации психики**. Иногда связь с травмой может быть не так очевидна, тем более что последствия ее могут сказаться спустя очень долгое время. Это в особенности относится к некоторым случаям судорожных припадков. Эпилепсия в таких случаях может быть названа резидуальной, так как генез судорожных явлений нужно связывать с рубцовыми изменениями, образующимися в результате кровоизлияния. Склеротический процесс может развиваться не только непосредственно после травмы. Эффект его иногда может обнаружиться только спустя известное время, когда склеротический процесс, имеющий исходным пунктом кровоизлияние, лежащее вне собственно спазмогенной зоны, достигает ее в результате дальнейшего распространения. Говорят о **поздней травматической эпилепсии**, когда связь судорожных припадков с травмой можно считать установленной, но когда они появляются спустя несколько или даже много лет после травмы. Впрочем нужно заметить, что травма в этих случаях не может считаться единственной причиной эпилепсии.

Травматические повреждения, связанные с кровоизлияниями и размягчениями, ведут к запустению более или менее значительного количества сосудов и следовательно к общему сужению кровяного русла и способствуют развитию артериосклероза. Можно думать также, что травма вместе с другими моментами может быть толчком для возникновения психоза.

Аналогичный механизм явлений нужно принять по отношению к расстройствам кровообращения, вызываемым **странгуляцией**. В случаях самоповешения, где покушавшиеся оставались живы, хотя некоторое время и были в бессознательном состоянии, наблюдаются более или менее многочисленные мелкие кровоизлияния под эпендиму, под мягкую мозговую оболочку со всеми последствиями.

Иногда кровоизлияния в вещество мозга возникают ■ результате механических моментов другого рода. У работающих в **кессонах** при постройке мостов наблюдаются своеобразные расстройства вследствие того, что при быстром переходе из сгущенной атмосферы в более разреженную из крови выступают пузырьки воздуха и ведут к эмболиям с последующими кровоизлияниями. Нечто подобное видимо имеет место в некоторых случаях **гранатных контузий**. Огнестрельный снаряд несет с собой ряд зон сгущенной ■ разреженной атмосферы. Если он проносится непосредственно над человеком, то может вызвать тяжелые расстройства, не касаясь его совершенно. В данном случае, как думал д-р Т. Е. Сегалов, играет роль то, что нервная система контуженного попадает в зону, в которой происходит быстрая смена повышенного и пониженного давления, в результате чего и наблюдается выступление из крови пузырьков воздуха.

К физическим моментам нужно отнести также те случаи, когда нервная система подвергается действию резких колебаний темпера-

туры. Речь может идти преимущественно о действии очень повышенной температуры. Опасность в таких случаях заключается главным образом в возможности значительных приливов крови к голове. Чаще всего приходится считаться с опасностью инсоляции, с продолжительным пребыванием на солнце с непокрытой головой, в особенности в жарком климате.

Опасность особенно велика для полных людей и страдающих артериосклерозом. Вредное действие инсоляции под тропиками может сказаться еще и в особых расстройствах, в частности в так называемом каффаре (в Африке). При этом наблюдается помрачение сознания с большим возбуждением, буйством и немотивированными нападениями на окружающих с нанесением тяжелых повреждений. В происхождении таких, большей частью кратковременных приступов расстройства сознания играют роль различные моменты, но влиянию инсоляции приходится приписывать большое значение. Иногда здесь, правда, имеют место не только температурные, но вообще космические влияния, так как играет роль и изменение атмосферного давления, а может быть и другие моменты. О роли космических моментов говорит также учащение судорожных припадков, вообще обострение болезненных явлений ■ известное время года. Например известно, что припадки эпилепсии бывают особенно часто в период новолуния, «на молодика», как говорят в деревне, рассказывая о заболевании детей. Приступы депрессии маниакально-депрессивного психоза наблюдается чаще в осенние месяцы, тогда как маниакальные приступы чаще бывают весной.

Большую роль в патологии играют разного рода интоксикации. В одних случаях речь идет об определенных химических веществах неорганического или органического ряда, в других—о мало определенных по своему составу ядах, заключающихся в некоторых ядовитых растениях, также в испорченной пище. Действие их определяется частью химическим составом, обуславливающим особое сродство к определенным отделам нервной системы, а еще более изменениями, производимыми ими во всем организме. Механизм действия таких экзогенных ядов можно легко уяснить на примере наиболее важного и частого отравления—алкогольного. Это яд, специально действующий на нервную систему прежде всего благодаря тому, что представляет хороший растворитель по отношению к жировым и жироподобным веществам, из которых главным образом состоят элементы нервной системы. Он в то же время действует на весь организм, на сердечно-сосудистую систему, на железистые органы, вызывая в них циротические процессы; особенно резкое изменение он производит в печени. В результате расстраивается весь обмен веществ, происходит накопление ядовитых продуктов, вызывающих отравление нервной системы и те или другие расстройства психического функционирования. В этом смысле можно говорить не об алкогольных, а так сказать о металкольных расстройствах, имея в виду, что они вызваны не непосредственно алкоголем, а аутоинтоксикационными процессами, связанными в своем генезе с алкогольным отравлением. Но несомненным является и непосредственное действие алкоголя, притом очень быстро наступающее вследствие хорошей растворимости и всасываемости его. Повседневный опыт учит, что уже незначительные приемы алкоголя заметно и очень быстро изменяют самочувствие и поведение. Экспериментальные исследования Крепелина показали, что уже 10,0—15,0 спирта оказывают тормозящее действие на интеллектуальное функциониро-

вание, ослабляют способность счета. С повышением доз и повторением их этот ослабляющий эффект сказывается более заметно. Вообще можно считать определенно доказанным, что алкоголь с самого начала является не тонизирующим, а угнетающим ядом. Известное состояние оживления, говорливости при опьянении есть результат не возбуждения, а угнетения задерживающих влияний, точно так же как повышенное самочувствие и даже эйфория связаны с ослаблением чувствительности к болевым и вообще неприятным ощущениям. Ошибочно также мнение, что спиртные напитки согревают; в основе нередко наблюдающегося чувства согревания помимо паралича чувствительности лежит также расширение периферических сосудов; это ведет к тому, что у пьяных скорее наступает охлаждение тела; все это со всеми вышеперечисленными моментами является причиной сравнительно частого замерзания пьяных. Более или менее продолжительное пьянство ведет к общему изменению всего организма, которое в конце концов может граничить с полным его разрушением. Сопrotивляемость организма в этом отношении очень различна; встречаются люди, которые несмотря на усиленное пьянство в течение долгих лет сравнительно хорошо сохраняют свое здоровье. Особенно плохо действуют спиртные напитки на стариков и еще более на детей. Видимо имеют значение и концентрация алкогольных напитков и другие их особенности. Губительно действуют крепкая водка, коньяк, тогда как виноградные вина и пиво переносятся сравнительно лучше, но и они конечно постепенно разрушают организм, что видно хотя бы из того, что знаменитое мюнхенское сердце, резко измененное и увеличенное в своих размерах, обязано своим происхождением также известному мюнхенскому пиву. Особенно тяжело в смысле оглушающего действия на психику и разрушающего действия на весь организм действуют напитки, приготовленные на неочищенном спирте, так называемом сырце, а также денатурат («ханжа»), одеколон, разные политуры и спиртовые лаки, которые нередко пьют алкоголики. Они опасны также в смысле развития нефрита и атрофии зрительных нервов. То же нужно сказать относительно самогона. Опасность алкоголя, как и других наркотических ядов, в том, что они дают хотя бы временное улучшение самочувствия с оттеснением на задний план неприятных переживаний. Это дает алкоголю особую притягательную силу, которая заставляет обращаться за его помощью все снова и снова, быстро развивающаяся привычка требует для получения того же эффекта все больших количеств. Простое употребление алкоголя, которое вначале могло быть очень умеренным, постепенно превращается в привычное пьянство со всеми его последствиями. Развивается известное изменение характера алкоголиков, картина своеобразной психической дегенерации. Оно само по себе является особым видом душевного расстройства, а кроме того образует фон, на котором развиваются другие алкогольные расстройства, белая горячка и прочие алкогольные психозы.

В качестве этиологического фактора алкоголь имеет значение не только потому, что дает специальные алкогольные расстройства, но и потому, что является одним из вызывающих моментов для целого ряда других заболеваний. Прежде всего нужно иметь в виду, что он играет большую роль

в пат
лико
прек
них
инто
голем
иног
отно
алко
вающ
строй
числа
опасн
стран
жден
жающ
причи
алког
устан
на жи
шой ф
Среди
психо

Ал
забол
шани
для в
них в
хиатр
было
Конеч
и экз
и алко
в роли
дов эт
компо
к сущ
непоср
приче
выясн
лизм
артери
взгляд
в знач
органи
гих п
в связ
дом из
ческой
своеоб
болезн
услови
бой ал
с усил
цией б

К
в орга
ных
опьяне
свойст
ведут

в патологии эпилепсии. Иногда судорожные припадки возникают у алкого-
ликов впервые в состоянии опьянения и в несомненной связи с ним. В случае
прекращения пьянства они могут совершенно исчезнуть. В этом случае на
них нужно смотреть как на судорожную форму реакции — на алкогольную
интоксикацию. Иногда же припадки, возникая в несомненной связи с алко-
голем, представляют другую картину: припадки судорог, хотя наступающие
иногда в состоянии опьянения, в главной своей массе не имеют прямого
отношения к нему как таковому и обязаны своим происхождением не только
алкогольной интоксикации, но и стойким изменениям в организме, разви-
вающимся под влиянием алкоголизма, своего рода металкогольным рас-
стройствам. В этом случае прекращение пьянства хотя и дает уменьшение
числа припадков, но обычно не дает полного их прекращения. Особенно
опасным в этом отношении считается абсент, йодынная водка, очень распро-
страненная во Франции. Еще большую роль играет алкоголизм в происхо-
ждении эпилепсии в тех случаях, когда он действует в качестве яда, пора-
жающего зародыш. Пьянство родителей является одной из очень частых
причин судорожных припадков у детей. С этим стоит в связи тот факт, что
алкоголь чрезвычайно неблагоприятно влияет на развитие зародыша. Это
установлено как клиническим наблюдением, так точными экспериментами
на животных и растениях. Потомство алкоголиков отличается вообще боль-
шой физической слабостью и склонностями к разного рода заболеваниям.
Среди них очень большой процент слабоумных от рождения, эпилептиков,
психопатов, душевнобольных и разных преступников.

Алкоголь может сыграть большую роль в происхождении также и других
заболеваний. Это прежде всего относится к прогрессивному параличу поме-
шанных. Несомненно, что одного сифилитического заражения недостаточно
для возникновения этого заболевания; необходимы другие факторы, и среди
них видное место занимает алкоголизм. По наблюдениям некоторых пси-
хиатров в период, когда в России была запрещена продажа вина, меньше
было и случаев паралича. То же нужно сказать относительно шизофрении.
Конечно в этиологии этого психоза акцент нужно ставить на эндогении, но
и экзогенным факторам приходится уделять большое внимание, ■ том числе
и алкоголизму. При этом нередко наблюдается, что он не только выступает
в роли agent provocateur, но окрашивает собой и картину начальных перио-
дов этих болезней, давая симптомы, известное время доминирующие над теми
компонентами в клинической картине, которые непосредственно относятся
к существу болезни. Иногда бывает так, что шизофрения выявляется под
непосредственным влиянием алкоголизма и начинается как белая горячка,
причем только в дальнейшем вместе со ступенчатым симптомом последней
выясняется истинная картина болезни. Нужно думать также, что алкого-
лизм играет более или менее значительную роль в этиологии церебрального
артериосклероза, хотя данные клиники в этом отношении расходятся с
взглядами патологоанатомов. Несомненно, что истощение, вызываемое
в значительной мере алкоголизмом, ведет к преждевременной дряхлости
организма и может способствовать развитию старческого слабоумия и дру-
гих психозов позднего возраста. На почве общего расстройства обмена в
связи с алкоголизмом может развиваться общее поражение организма с ря-
дом изменений в центральной и периферической нервной системе; с клини-
ческой стороны иногда при этом может получаться картина полиневрита со
своеобразным расстройством памяти, носящая название корсаковской
болезни. Ослабляя организм, алкоголь может создать более благоприятные
условия для выявления различных невротических реакций. Говорят об осо-
бой алкогольной, или точнее пьяной, истерии — истерических припадках
с усиленными жалобами, некоторой театральностью поведения и аграва-
цией болезненных явлений, наблюдаемых иногда у пьяных.

Кокаин, эфир, морфий вызывают аналогичные изменения
в организме и могут привести к появлению совершенно своеобраз-
ных расстройств. Всем им свойственно давать картину острого
опьянения с последующим периодом очень дурного самочувствия,
свойственного абстиненции, напоминающей алкогольную. Все они
ведут к еще более быстрому привыканию, чем это наблюдается

при алкоголизме. Психическая дегенерация во всех этих случаях оказывается чрезвычайно тяжелой, в особенности в смысле проявлений антисоциального порядка—необычайно большого эгоизма, лживости и общего нравственного падения, доводящего до воровства и других преступлений. Кокаин, эфир, отчасти морфий дают своеобразную картину делирия, напоминающего алкогольный; при этом для кокаинового делирия считаются характерными особые микроманические галлюцинации, видение мелких животных. И здесь приходится считаться не только с непосредственными действиями ядов (это главным образом имеет место по отношению к морфию), но и с ролью тех изменений, которые они вызывают в вегетативной нервной системе. Что это так, видно из свойственных этим отравлениям особых ощущений—ползания мурашек, иногда зуда при кокаинизме, вазомоторных расстройств с явлениями паралича сосудовжимающих нервов при морфинизме, изменения в деятельности потовых и других желез и пр. Перечисленные яды играют роль в патологии главным образом потому, что вызывают сами по себе характерные изменения с нервно-психической стороны; менее приходится считаться с их значением в качестве добавочных этиологических моментов для развития других заболеваний. Для характеристики роли их в патологии душевного расстройства нужно иметь в виду, что редко приходится считаться с действиями одного какого-нибудь яда; обычно пациенты переходят от одного яда к другому, а иногда отравляют себя всеми сразу, а кроме того и алкоголем.

Особую форму отравления представляет гашишизм—картины, которые получаются при употреблении индийской конопли, главным образом в форме курения, аналогичного курению опия. Эта форма наркомании очень распространена на Востоке под названием анашаизма, от слова анаша или наша, как называется препарат, употребляемый для курения. Острое опьянение дает картины повышенного самочувствия с обильными и яркими переживаниями разных образов, зрительными галлюцинациями. В дальнейшем наблюдается привыкание и все, что свойственно наркоманиям. В одном случае отравления препаратом индийской конопли, принятым в количестве 10,0 с целью самоубийства больной, бывшей под наблюдением в психиатрической клинике 2-го ММИ, констатировано своеобразное делириозное состояние, причем отравившейся казалось, что окружающие предметы, например столы, двигаются, как одушевленные существа.

До известной степени аналогична роль снотворных из группы веронала (веронал, трионал, мединал), а также хлоралгидрата. Они также дают привыкание, картину физического истощения и психической дегенерации, равно как и делириозные состояния. Для состояния отравления характерна картина своеобразного оглушения с дрожанием, расстройствами речи, изменением зрачковой реакции—так называемый псевдопаралитический синдром. Продолжительное употребление больших доз брома также приводит к явлениям психического оупения с замедлением интеллектуальных способностей, с ослаблением памяти, входящим вместе с кожными сыпями в картину бромизма.

Большое значение имеют различные отравления, связанные с тем или другим производством, так как они касаются больших групп работников и относятся к числу явлений, могущих быть устраненными

при
н о м
лий)
метр
р о д
ност
инто
стро
бенн
Мож
благ
глав
мож
в ча
и ст
маст
сти
кают
рую
клет
знач
Это
част
ний
тиль
■ обл
чите
ниче
торы
дают
псих
ции;
расс
коро
ческ
с сим
ной
ино
про
зани
ших
чайн
шед
под
ц о
на
пара
При
пора
ческ
рода

при улучшении условий труда. Сюда входит отравление бензином (наблюдается главным образом на фабриках резиновых изделий), ртутью (изготовление фетровых шляп, ртутных термометров, зеркал), свинцом, марганцем, окисью углерода и пр. Для характеристики их действия и понимания особенностей клинической картины имеет значение, что фазе собственно интоксикации предшествует фаза циркуляции; имеют значение расстройства кровообращения, ведущие к застоям и следовательно к особенно интенсивному отравлению именно в определенных местах. Можно думать с известным основанием о роли химического сродства, благодаря которому то или другое химическое вещество поражает главным образом определенные отделы нервной системы. Более точно можно считать установленным значение механических моментов, в частности особенностей кровообращения в отдельных участках и строения нервных элементов. Область подкорковых узлов занимает в этом отношении особенное положение. Здесь благодаря тонкости и сравнительной немногочисленности вен особенно легко возникают застойные явления, ведущие к тому, что влияние ядов, циркулирующих в крови, может сказаться особенно сильно. К тому же нервные клетки, расположенные в этой области, и в норме содержат в себе значительное количество пигмента, а часто и известковые отложения. Это повышает ранимость нервных элементов и способствует более частому заболеванию подкорковой зоны. Для очень частых отравлений окисью углерода (при угаре или при отравлении светильным газом) считается характерным именно поражение pallidi, в области которого наблюдаются в таких случаях более или менее значительные кровоизлияния и размягчения. Этим объясняется и клиническая картина. Вместе с очаговыми расстройствами, характер которых определяется локализацией наибольших изменений, наблюдаются психические изменения, именно в форме особых угарных психозов; в картину их входят затемнения сознания и галлюцинации; неоднократно описывалось в таких случаях резко выраженное расстройство памяти, которое иногда принимало типичную картину корсаковского симптомокомплекса. Для ртутных отравлений с психической стороны характерно состояние особенной пугливости вместе с симптомами общего поражения центральной и периферической нервной систем, выражающегося также в общем дрожании, саливации, иногда параличах и парезах как центрального, так и периферического происхождения. В нескольких случаях, касавшихся более 10 человек, занимавшихся кустарным изготовлением ртутных термометров и бывших предметом изучения в Москве, наблюдалась картина, чрезвычайно напоминавшая эпидемический энцефалит. В одном случае, дошедшем до аутопсии, наибольшие изменения обнаружены именно в подкорковой зоне. Аналогичные картины наблюдаются при свинцовом отравлении, причем акцент однако нужно поставить на поражении периферической системы (характерен двусторонний паралич лучевого нерва) и склеротических изменениях в сосудах. При экспериментальном отравлении марганцем наиболее пораженными оказываются также подкорковые узлы, а при клиническом наблюдении случаев с профессиональными отравлениями этого рода чаще всего наблюдается картина паркинсонизма. При отрав-

влении бензином, которое на резиновых фабриках несколько раз имело место в массовом масштабе, наблюдались потеря сознания, обморочные состояния, иногда истерические припадки.

Громадную роль в патологии душевного расстройства играют разного рода *и н ф е к ц и и*. При оценке их значения нужно считаться не только с воздействием на нервную систему соответствующих токсинов, но и с теми изменениями, которые они производят вообще в организме. Механизм воздействия на нервную систему с особенной ясностью можно проследить в случае острых инфекций. При этом, как думают патологи, условия более или менее одинаковы как при интоксикации, так и при инфекции. И здесь таким образом приходится считаться с ролью расстройства кровообращения. Как показали исследования последних лет, всегда приходится считаться с большой затронутостью вегетативной нервной системы. Проф. И. В. Давыдовский констатировал, что при сыпном тифе всегда поражаются узлы симпатического нерва; это ведет к застоям во внутричерепной полости и особенному отравлению токсинами именно нервной системы. Повидимому последнее справедливо не только по отношению к сыпному тифу, но и к другим инфекциям, отчасти и к отравлениям. В упомянутом выше случае ртутного отравления, закончившегося смертью, констатированы очень значительные изменения звездчатого узла симпатического нерва и полушарий большого мозга. Поэтому с известным правом все инфекционные болезни могли бы считаться заболеваниями центральной нервной системы. Естественно, что при таких условиях они как правило непосредственно ведут к более или менее значительным расстройствам в нервно-психической сфере. Острые инфекции обычно ведут к делириозным состояниям, характеризующимся массовыми галлюцинациями, двигательным возбуждением при затруднении ориентировки в месте и времени. Особенно часты такие картины при сыпном и брюшном тифах, а также при возвратном, при гриппе, роже, суставном ревматизме, пневмонии. Интенсивность реакции зависит в значительной мере от индивидуальности. В среднем, если иметь в виду вполне выраженную картину делирия, эту форму реакции можно констатировать приблизительно ■ 15—20%. Еще большее значение имеют аментивные состояния, развивающиеся обычно в конце заболевания или в периоде выздоровления, а также состояния астении, общей психической слабости, связанной с тоскливостью и повышенной раздражительностью. Важно, что в связи с той или другой инфекцией может развиваться общее поражение нервной системы с характером корсаковского психоза. Состояния п с и х и ч е с к о й с л а б о с т и, развивающиеся после инфекционных болезней, иногда бывают очень интенсивны и продолжаются больше месяца и даже дольше; особенно стойко иногда бывает ослабление памяти. Степень интеллектуального ослабления определяется интенсивностью воздействия инфекции на нервную систему. Реже бывают картины с т о й к о г о с л а б о у м и я в зависимости от того, что налицо имеются осложнения в мозгу в виде размягчений на почве кровоизлияний, энцефалита; в таких случаях приходится констатировать стойкое слабоумие органического типа. Чаше симптоматика зависит только от общего истощения, благодаря чему на первый план выдвигаются картины тяжелой интоксикации нервной системы, может

быть лишь с незначительной примесью собственно структурных изменений вследствие кровоизлияний. В таких случаях естественно ждать полного или почти полного восстановления психического здоровья. Последствия конечно будут гораздо тяжелее, когда одна инфекция наслаивается на другую; то же может иметь место в пожилом возрасте при ослаблении способности к регенерации.

Особенно велика роль инфекций в детском возрасте. Связанное с ними истощение и интоксикация нервной системы как правило оказывают тормозящее действие на общее интеллектуальное развитие. Нередко дети после кори или скарлатины теряют на более или менее долгое время умение ходить или говорить и должны учиться этому снова. Последствия особенно тяжки бывают при осложнении какими-нибудь мозговыми болезнями. Помимо параличей, расстройства речи и других симптомов органического поражения мозга всегда при этом приходится наблюдать более или менее значительную задержку интеллекта, иногда резко выраженное слабоумие. В смысле тормоза для психического развития оказывают свое действие и различные недочеты в деятельности органов чувств, особенно слуха и зрения, являющиеся частым последствием детских инфекций. Действие инфекции может сказаться также и в том, что она является толчком для выявления скрытых конституций. Так, нередко бывает, что непосредственно к инфекционному делирию примыкает приступ циркулярного психоза. То же наблюдается по отношению к шизофрении, реже к прогрессивному параличу, эпилепсии и другим заболеваниям.

Из хронических инфекций более всего приходится считаться с эпидемическим энцефалитом, туберкулезом и особенно сифилисом. Что касается энцефалита, то прежде всего нужно иметь в виду, что он может дать картину инфекционного делирия, но большее значение имеют развивающиеся в связи с ним картины паркинсонизма, а также психозы в собственном смысле, обычно с хроническим течением. Еще более велика его роль в смысле изменения всей структуры личности. Нередко в связи с перенесенным энцефалитом появляются не свойственные данному индивидууму черты характера: лживость, склонность брать чужие предметы, возбудимость, агрессивность, повышенный эротизм. В результате может до неузнаваемости измениться весь духовный облик. Обычно с такого рода изменением личности приходится считаться в детском и в юношеском возрасте, но, хотя и реже, оно возможно у взрослых. При этом наблюдается и изменение интеллекта в смысле не слабоумия как такового, а регресса и возврата к более ранним периодам жизни; благодаря этому юноша 16—18 лет по своим интересам, по манере говорить и всему поведению напоминает маленького ребенка. В таких случаях говорят об инфекционном пугрилизме, или инфантилизме. Эпидемический энцефалит сам по себе не редкое заболевание; в особенности часто бывают легкие и нетипические формы, оставляющие однако значительные психические изменения. Можно думать, что происхождение некоторых случаев психопатии нужно связывать с перенесенным и прошлым энцефалитом.

Роль туберкулеза в патологии душевного расстройства в значительной мере иная. Сам по себе он не ведет к каким-нибудь специальным психозам, но существуют определенные корреляции

между ним и различными проявлениями нервно-психической реакции, в частности истерические, особенно часто возникают на почве связанного с туберкулезом истощения. На почве астенического сложения, при котором наблюдается особенно легко заболевание туберкулезом, чаще всего развивается шизофрения. Нередко наблюдается параллелизм между ухудшением в течении этого психоза и обострением легочного туберкулеза.

Особенно значительную роль в этиологическом отношении из всех инфекций играет сифилис. Это, во-первых, обуславливается массовым его распространением, а во-вторых, тем, что он особенно сильно поражает нервную систему. Он несомненно является социальной болезнью, независимо от своей распространенности в населении, так как его распространение, течение и последствия для здоровья в значительной мере зависят от общих условий жизни и быта. Известно, что очень часто заражение сифилисом идет внеполовым путем; это имеет место среди некультурного населения, в глухих местах. Распространению его в этих случаях способствуют низкий культурный уровень, отсутствие каких бы то ни было сведений о причинах инфекционных болезней, о способах заражения и мерах предохранения и еще больше чрезвычайно тяжелые в санитарном отношении условия жизни. Известно, что не редки были случаи, когда целые деревни поражались сифилисом. При большой скученности и тесноте, когда в одной избе жила часто вместе с телятами и свиньями большая семья из взрослых и детей, которые вместе спали, вместе ели из общей чашки, заражение всех членов ее, если уже заболел один, становилось неизбежным.

В той же мере, как вся политика царской власти способствовала распространению сифилиса в деревне, меры, проводимые советской властью в направлении переустройства всего сельского быта (коллективизация), повышение зажиточности, культурности и пр. несомненно позволяют полностью изжить бытовой сифилис.

Имеет значение, что первые признаки болезни бывают сравнительно незначительны и проходят без всякого лечения. Это при отсутствии сколько-нибудь точного знакомства с сущностью болезни вселяет уверенность в невинность болезни и является причиной того, что очень часто сифилис совсем не лечится или лечится недостаточно. Этот недостаток сведений о сущности сифилиса играет роль в распространении сифилиса половым и внеполовым путем не только в некультурной деревне. Чрезвычайно часто сифилитики, даже ориентированные о характере своей болезни и лечившиеся, считают себя совершенно здоровыми и ведут себя как таковые, например вступают в брак и имеют детей, тогда как на самом деле они еще больны и находятся в заражном периоде. Lues ex uxore в семье — слишком частое явление даже среди культурных слоев населения.

Характер воздействия сифилиса на нервную систему определяется тем, что он поражает организм в целом, причем в отдельных органах, в том числе и в мозгу, может быть специальная локализация анатомического процесса специфического характера. Общее состояние организма страдает и от непосредственного действия специфических токсинов и от того, что в более или менее резкой степени поражаются вегетативные процессы. Страдают деятельность желез, как таковых, как железы желудка и кишечника, печени, селезенки, так и закрытых; поражаются также кровеносные сосуды; расстраивается весь обмен веществ, и питание нарушается. Естественно, что

нервная система не может не реагировать на эти изменения, происходящие в организме. Объективные доказательства этому можно видеть в том, что исследование спинномозговой жидкости, производимое во вторичном периоде болезни, с большим постоянством обнаруживает плеоцитоз и увеличение количества белка, причем это обычно не сопровождается никакими субъективными симптомами, равно как и психо-неврологическое исследование не дает чего-либо положительного. С клинической стороны также нужно оценить очень нередко наблюдающиеся при сифилитическом заражении и в несомненной связи с ним явления общей нервности, повышенной возбудимости и утомляемости, обозначаемые иногда как сифилитическая неврастения. Ослабление, связанное с сифилисом как общим заболеванием, несомненно увеличивает склонность к выявлению различных симптомов нервности. Большого внимания однако заслуживают те случаи, где можно говорить о специальной локализации сифилитического процесса в мозгу и вообще в нервной системе.

Из большой группы заболеваний, стоящих в определенной связи с сифилисом, на первом плане нужно поставить п р о г р е с с и в н ы й п а р а л и ч п о м е ш а н н ы х. Для характеристики той роли, которую играет в патологии душевного расстройства сифилис, имеют значение некоторые статистические данные о числе случаев, где связь с сифилисом несомненна. Прогрессивный паралич, представляющий одну из форм мозгового сифилиса и следовательно немыслимый без сифилитического заражения, составляет приблизительно 10% всех душевных заболеваний; если вспомнить, что вполне выраженные случаи душевного расстройства составляют не менее трех па- тысячу, то из этого одного видна огромная роль сифилиса. Такое же представление получается, если вспомнить огромный контингент больных сифилитиков вообще и принять во внимание, что около 4% из них заболевают одним прогрессивным параличом, не говоря о других заболеваниях, стоящих в связи с сифилисом. К этому нужно прибавить очень многочисленные также случаи сифилиса мозга как такового, представляющего в общем отличную от паралича картину, характеризующуюся очаговыми симптомами ■ слабоумием, не обнаруживающим тенденции к прогрессированию. Отмечают кроме слабоумия также собственно психозы, иногда с галлюцинациями и бредовыми идеями—с и ф и л и т и ч е с к и е г а л л ю ц и н о з ы и п а р а н о и д ы.

Поражение сосудов, очень частое при сифилисе вообще, нередко ведет к развитию интенсивного артериосклероза. Бывают случаи с очень резким изменением сосудов, в этиологии которых нельзя указать ничего, кроме перенесенного в прошлом сифилиса. Изменения сосудов в этих случаях могут с анатомической стороны утратить свой специфический характер, ■ приходится думать, что сифилис ослабил сердечно-сосудистую систему и сделал ее более ранимой по отношению к другим вредностям. Связь с сифилисом в этих случаях нужно однако считать не вполне точно установленной, но на большую роль сифилиса в этом отношении указывают те многочисленные случаи, когда анатомические исследования определенно говорят о сифилитическом характере процесса; в особенности часто наблюдается специфический эндоартерит.

С сифилисом как патогенным фактором приходится считаться также в этиологии э п и л е п с и и. Здесь повидимому соотношение явлений не всегда бывает одинаково. Еще Фурнье говорил о развитии картины эпилепсии в результате отравления нервной системы токсинами в смысле, так сказать, метасифилитического заболевания. Возможности такого генеза судорожных припадков не отрицают и другие авторы. Более точно однако нужно считать установленным другой генез, именно появление судорожных припадков в результате органических изменений в мозгу, вызываемых сифилисом. Повидимому здесь нужно считаться, как и ■ случаях эпилепсии, с другим генезом, с возможностью особой врожденной склонности к судорожной форме реакции, причем сифилис, действуя токсически или как органический процесс, выявляет это скрытое предрасположение. С сифилисом, как известно, связывают генез не только с у х о т к и с п и н н о г о м о з г а, но также и ряд других органических заболеваний спинного мозга и вообще центральной нервной системы, имеющих более или менее прямое отношение к психической сфере.

Еще более огромна роль сифилиса в патологии детского возраста. Если действие его велико и на нервную систему взрослого, то оно еще более зна-

чительно по отношению к развивающемуся мозгу. Всякое органическое заболевание мозга в период его развития является вообще большим тормозом, вызывающим ту или другую степень интеллектуальной отсталости, иногда прямо слабоумия. Это свойство присуще даже ограниченным фокусам, развивающимся например в результате травмы. Сифилис повидимому в особенно большой степени оказывает это затормаживающее действие, причем кроме органических изменений в мозгу приходится считаться также с действиями токсинов, с изменением в железистом аппарате, в частности в эндокринной системе, оказывающих вообще разнообразное влияние на развитие мозга и всего организма. При этом чаще всего приходится считаться с передачей сифилиса от родителей, т. е. с врожденным сифилисом; целесообразнее применять именно этот термин, а не чаще употребляемое название «наследственный», потому что здесь приходится иметь дело с иными явлениями, чем с передачей каких-нибудь генов по наследству, например с передачей предрасположения к определенным душевным заболеваниям. В данном случае имеет место заражение зародыша в момент зачатия или в ближайшие затем периоды, так что правильнее и яснее говорить о врожденной болезни. Может иметь место передача как от отца, так и от матери. Точно доказана возможность заражения от матери через плацентарное кровообращение, так как в крови сифилитиков спирохеты могут быть констатированы бактериоскопически без больших затруднений. Нужно допустить и возможность передачи от отца, именно через его сперму ■ момент зачатия. Зародыш может заразиться сифилисом и после зачатия, если заболевает мать. В этих случаях последствия для зародыша бывают особенно тяжки. Это видно прежде всего из большого количества выкидышей и мертворожденных, обусловливаемых сифилисом. Далее статистика показывает, что из 100 детей с врожденным сифилисом 70 умирают до истечения одного года, но и из оставшихся в живых большинство страдает тяжелыми общими и нервными заболеваниями.

Что сифилис обнаруживает резкое задерживающее действие на развитие мозга, доказывает как анатомическое, так и клиническое исследование. Во всех случаях врожденного слабоумия с точно доказанной сифилитической этиологией по особенностям строения нервной системы можно констатировать более или менее резкую задержку. Иногда это бросается в глаза уже по одному внешнему осмотру мозга, который поражает своим дисгармоничным строением, общим недоразвитием, отсталостью развития отдельных частей, главным образом полушарий большого мозга, незакрытием рейлиева островка и т. п. Классическим может считаться случай Ильберга, в котором на почве сифилиса оказалась такая степень задержки развития мозга, что налицо были только основание мозга, ствольная часть и прилегающие участки полушарий. Как проявление задержки развития нужно рассматривать значительную часть случаев водянки мозга, которые развиваются ■ результате сифилиса. Даже при отсутствии таких глубоких проявлений задержки развития ясное указание на нее можно видеть при микроскопическом изучении в виде зародышевого типа отдельных нервных элементов, расположенных не так, как это свойственно вполне развитому мозгу, а как это наблюдается в мозгах эмбрионов. Что касается клинической стороны, то на сифилитическую основу врожденного слабоумия указывают такие очень часто наблюдающиеся признаки, как гутчинсоновские зубы, заболевания роговицы глаза, седловидный нос, проявления кожного сифилиса и пр.

Большим подспорьем в этом отношении является вассермановская реакция. Она однако не является вполне надежным критерием, так как представляет далеко не постоянное явление даже в случаях несомненного врожденного сифилиса. Она часто отсутствует у совсем маленьких детей от родителей с несомненным сифилисом. Затем чем старше дети, тем частота ее реже и после 10—12 лет у детей с врожденным сифилисом положительной она оказывается только в виде исключений. Вообще можно согласиться со Штромайером, что около 10—15% всех случаев врожденного слабоумия обязаны своим происхождением сифилису. Что касается характера сифилитических заболеваний, ведущих к слабоумию, то сюда относятся различные случаи органического поражения мозга, кроме многих случаев водянки головного мозга, также случаи с гемипарезами, судорожными припадками. Иногда органическое заболевание, имеющее в основе врожденный сифилис, обнаруживается не тотчас после рождения, а спустя более или менее значительное

время (Lues hereditaria tarda). Приходиться наблюдать такие случаи, когда на первый план выдвигаются не симптомы местного поражения мозга, а главным образом слабоумие. Возможно наконец, что сифилис как яд, действующий на зародыш, ослабляет его жизнеспособность, благоприятствуя возникновению самых различных заболеваний, в которых может уже не быть ничего специфического; такое действие повидимому может передаваться третьему поколению и далее. Вероятно сифилис в этом смысле создает почву, благоприятную для целого ряда дегенеративных заболеваний.

В смысле воздействия на нервную систему представляет известную аналогию с картиной прогрессивного паралича помешанных сонная болезнь, наблюдаемая в Африке и вызываемая проникновением через укус особого вида мухи трипаномы (*Trypanosoma gambiense*). Болезнь сначала выражается вялостью, утомляемостью, затем очень большой сонливостью с приступами возбуждения, с эпилептиформными припадками, парезами и вообще явлениями, свойственными органическим заболеваниям; болезнь через несколько лет после заражения оканчивается смертью.

В качестве экзогенных моментов могут играть более или менее значительную роль в этиологии различные общие заболевания, болезни обмена, в особенности эндокринные расстройства. Болезни сердца нередко изменяют психику, способствуют появлению боязливости, раздражительности, иногда приступов страха. Это в особенности относится к случаям с расстройством компенсации, причем иногда рассасывание отеков конечностей сопровождается временным ухудшением психического состояния. В этих случаях могут играть роль как явления аутоинтоксикации, так и заболевания сердечных узлов и вообще вегетативной нервной системы.

Так же нужно смотреть на заболевания желудочно-кишечного канала. В этих случаях несомненно могут иметь место отравления токсинами, образующимися в кишечнике. Это в особенности видно из тех сравнительно нечастых, но очень демонстративных случаев, когда в этиологии тяжелых изменений в нервно-психической сфере нельзя указать никаких других моментов кроме упорных запоров. Описаны случаи, когда на этой почве развивалась картина тяжелого острого отравления с полиневрозом и расстройством памяти, характерным для корсаковского психоза. В более легких случаях, которые наблюдаются сравнительно часто, приходится наблюдать вместе с хроническими запорами также и склонность к пониженному самочувствию. В других случаях нужно думать, что те или другие психические изменения, наблюдающиеся при наличии нарушений со стороны желудка и кишечника, объясняются расстройствами в вегетативной нервной системе. Например нередко в картине невротических изменений в составе желудочного сока с колебаниями в настроении, которым соответствуют и изменения в интенсивности повышения кислотности желудочного сока.

Барюк (Baruk), придавая большое значение интоксикации, идущей из кишечника, думает, что отравление токсинами кишечной палочки (колибацилоз) может играть роль в патогенезе шизофрении.

В некоторых случаях приходится приписывать известное значение заболевания печени не только тогда, когда ее изменения являются симптомом заболевания всего организма, например на почве алкоголизма или сифилиса, но и там, где болезнь печени нужно считать первичной. Сюда нужно отнести прежде всего психические изменения с характером угнетенности и подавленности при желтухе, а также при острой желтой атрофии печени. Как мы видели, психические расстройства при алко-

лизме в значительной мере вызываются не алкоголем как таковым, а расстройствами обмена, стоящими в связи с алкоголизмом. Они представляют, как говорят, металкогольные расстройства; в генезе этих последних видное, если не самое первое, место занимает поражение печени. О большой роли, какую могут играть заболевания печени в этиологии, можно судить также по тем корреляциям, которые несомненно существуют между печенью и подкорковыми узлами: такие корреляции особенно ясны на примере вильсоновской болезни, при которой вместе с заболеванием печени наблюдается дегенерация чечевичеобразного ядра. В патологии душевного расстройства приходится считаться и с тем обстоятельством, что печень играет роль в процессе обезвреживания ядовитых веществ, образующихся в кишечнике.

К общим заболеваниям организма, могущим играть роль в этиологии душевного расстройства, нужно отнести и различные эндокринопатии. Уже давно было обращено внимание на щитовидную железу, на связь ее заболеваний с кретинизмом, микседемой, а также базедовой болезнью. Большое внимание приходится уделять также половым железам. Большая или меньшая активность их гормонов определяет собой до известной степени особенности психического склада, активность, жизнерадостность, общительность или, наоборот, вялость и замкнутость.

Заболевания надпочечников также могут иметь более или менее тесное отношение к возникновению различных расстройств в нервно-психической сфере. На это указывает прежде всего аддисонова болезнь, при которой обычны изменения настроения в смысле тоскливости, а иногда явления страха и даже случаи вполне выраженного психоза. Поскольку в генезе различных состояний страха играют роль увеличение количества адреналина и расстройство углеводистого равновесия, постольку приходится считаться с заболеванием надпочечников как этиологическим моментом в генезе душевных расстройств вообще; в особенности это может иметь отношение к инволюционным психозам. Заболевания зубной железы, эпифиза и коркового вещества надпочечников могут играть роль главным образом в происхождении неправильного развития.

Болезни обмена, как например подагра и диабет, тяжелые формы малокровия, спазмофилия у детей заслуживают внимания потому, что могут вести к накоплению в организме ядовитых продуктов, отравляющих нервную систему.

В связи с изменением в состоянии гормональности и вообще вегетативных процессов в различные периоды жизни нужно оценивать в этиологическом отношении влияние возраста. В периоды детства, если речь не идет о картинах врожденного слабоумия, чаще всего наблюдаются эмоциональные расстройства, ночные и различные другие страхи, невротические реакции, а также очень часто судорожные проявления. В возрасте полового созревания обычно наблюдается усиление тех нервных явлений, которые могли наблюдаться раньше; в этом возрасте часто впервые обнаруживаются истерические припадки, а также явления шизофрении; последняя в эти годы чаще всего проявляется в гебефренической форме с наклонностью к своеобразной веселости и дурашливости, в бессмысленном нанизывании слов одно на другое; в этом же периоде часто бывают первые приступы циркулярного психоза. Период от 20 до 45 лет характеризуется очень большой заболеваемостью вообще потому, что от человека в это время

требуется максимальное напряжение физических и психических сил. В частности в периоде от 30 до 45 лет чаще всего начинается прогрессивный паралич помешанных. Это стоит в связи также с тем, что необходимое для него заражение сифилисом чаще всего бывает в период наибольшей половой активности, т. е. приблизительно от 20 до 30 лет. Климактерический период характеризуется довольно большой заболеваемостью потому, что в это время в организме происходит ряд биологических изменений, связанных с переходом организма в другую фазу жизни, причем этот переход не всегда совершается гладко и дает ряд реактивных явлений со стороны нервной системы. Этот же период и непосредственно следующий за ним характеризуется частым развитием артериосклероза. Последний сам по себе ведет к различным изменениям в психической сфере, а кроме того он является выразителем известной изношенности организма, отражающейся и на психической деятельности. Старческий возраст характеризуется склонностью к различным картинам слабоумия.

Различиями в вегетативных реакциях, обусловленными не вполне одинаковой физической организацией и в частности разницей в строении, функциях и эволюции в различные периоды жизни желез внутренней секреции, объясняются некоторые явления, относящиеся к роли пола. Большая эмоциональность женщины является причиной более частой заболеваемости ее различными аффективными расстройствами. Сюда нужно отнести то, что маниакально-депрессивный психоз у женщин встречается приблизительно в три раза чаще, чем у мужчин. То же следует сказать относительно различных реактивных состояний, будут ли они вызваны психическими моментами, интоксикациями или инфекциями. Об этом свидетельствует то, что у женщин особенно часто развивается картина реактивной депрессии; чаще, чем у мужчин, наблюдается инфекционный бред. Большая эмоциональность и в известном смысле большая внушаемость психики женщины являются причинами очень большой склонности ее к невротическим, в частности истерическим реакциям. По той же причине у женщин часто развиваются явления индуцированного бреда; точно так же и психические эпидемии находят свои жертвы больше среди женского населения. Так как жизнь пола у женщины выражается гораздо более отчетливо, чем у мужчины, то у нее чаще можно отметить связь различных заболеваний именно с моментами этого рода. Особенно большую роль играют различные процессы, связанные с деторождением. Период менструаций является таким, когда несомненно можно говорить о болезненном состоянии; в это время ослабляется во всех отношениях физическое здоровье, понижается работоспособность и увеличивается заболеваемость; все это в особенности относится к нервной системе. Вследствие повышенной чувствительности и неустойчивости в период менструаций даже у вполне здоровых женщин могут наблюдаться в связи с ними известные изменения настроения. При наличии же общей неуравновешенности, в особенности если присоединяется действие экзогенных моментов, это может дойти до вполне выраженного патологического расстройства. Помимо более значительных изменений настроения менструальному периоду свойственно усиление прежде наблюдавшихся явлений, а также появление совершенно новых, например

обнаружение навязчивых стремлений, склонности к воровству, к поджогам. Естественно, что в этом периоде чаще начинаются психозы всякого рода. Психиатры прошлого времени говорили об особых менструальных психозах. С современной точки зрения нет психозов с этим именем как заболеваний *sui generis*, но каждый психоз, в особенности маниакально-депрессивный, шизофрения, равно как и невротические и психогенные реакции, впервые могут обнаружиться в это время. То же нужно сказать о психозах, развивающихся во время беременности и в послеродовом периоде. В это время организм вообще и в частности нервная система являются особенно ранимыми. Что касается периода после родов, то здесь приходится считаться также с ролью потери крови и вообще физического истощения, а также случайно присоединяющихся инфекций. Здесь нужно иметь в виду не только время, непосредственно примыкающее к моменту родов, но и все время, пока в организме происходит инволюция, имеющая целью восстановление прежних отношений, до известной степени весь период, пока продолжается кормление. Нет оснований говорить об особых лактационных психозах в смысле психиатров старого времени, но несомненно, что все это время заболеваемость женщины повышена. Так как изменения, свойственные периоду угасания жизни пола, у женщин более отчетливы и совершаются в более короткий период, то у них бывают резче выражены психические изменения, связанные с этой инволюцией. Соответственно этому у женщины чаще бывают и протекают в более яркой форме так называемые пресенильные психозы. С другой стороны, ввиду меньшей роли у женщин алкоголизма, сифилиса, тяжелого физического и умственного напряжения и всякой травматизации у них меньше приходится считаться с распространением прогрессивного паралича помешанных и церебрального артериосклероза.

Особого рассмотрения требуют психические моменты, играющие очень большую роль в этиологии душевного заболевания. Они могут быть названы экзогенными по преимуществу, так как исходными пунктами имеют не организм и в частности не его соматическую сферу, а окружающую среду. Но по характеру действия с точки зрения генеза конечной психической реакции это—явления того же порядка, что и интоксикация и инфекция. Свой эффект в психике они производят не непосредственно, а вызывая те или другие изменения в соматике, в вегетативных процессах, в химизме, приравниваясь в этом отношении к чисто физическим агентам. Наиболее ясно это по отношению к остро возникающим и особенно резким психическим моментам, например испугу, ужасу. При возникновении ситуации, угрожающей жизни, развиваются особенно тяжелые картины страха, более или менее резко расстраивающие течение психических процессов. Анализируя переживание лиц, испытывавших состояния страха на войне, при различных катастрофах, стихийных бедствиях, приходится констатировать резкий сдвиг в психическом состоянии с вытеснением на первый план более примитивных первобытных реакций с более или менее резким заторможением деятельности корковых механизмов. Наиболее резкой реакцией является картина ступора с полной неподвижностью и застыванием в одном положении.

нии, с полной остановкой психических переживаний, иногда с глубоким затемнением сознания. Для наиболее резких случаев испуга характерно, так сказать, расселение психических механизмов с торжественным позднейших психических наслоений. Соответственно большой роли инстинктивной, примитивной психики у детей реакция испуга, за исключением почти самых младших возрастов, у них бывает особенно сильна; этому же способствует большая склонность процессов возбуждения в детской нервной системе к явлениям иррадиации при менее выраженном тормозящем действии корковых механизмов. В старческом возрасте вследствие пониженной возбудимости, ослабления жизненного тонуса и вялости вегетативных процессов реакция испуга бывает, наоборот, понижена. По наблюдениям д-ра А. И. Винокуровой в то время, как при первом толчке от землетрясения в Крыму в октябре 1927 г. большинство находившихся в доме отдыха в паническом страхе бежали из помещения, пожилые субъекты отнеслись к событиям более спокойно, а одна старушка устремилась даже в верхний этаж мимо бегущих вниз для того, чтобы погасить керосиновую лампу, которая могла разбиться и произвести пожар. Это большое спокойствие и самообладание несомненно свидетельствуют о больших сдвигах, происшедших в организме и коснувшихся главным образом эмоциональной сферы. Преобладание явлений, связанных с деятельностью корковых механизмов, свидетельствует несомненно о понижении психического тонуса, до известной степени об опустошенности психических переживаний, особенно в смысле чувствований и стремлений.

Как о механизмах, близких к принципу *Totstellreflex* у животных, нужно думать о различных состояниях ступора, развивающихся вслед за резкими аффектами. Наиболее ярким примером ступора этого рода помимо вышеупомянутых случаев в связи с переживаниями на войне и во время землетрясения является ступор, развивающийся иногда при внезапном аресте и заключении в тюрьму. Этот момент представляет этиологический фактор, довольно большого значения, и с ним связан целый ряд болезненных состояний.

В соответствии с тем, что более сильный эффект вызывается комбинированным действием нескольких этиологических моментов, нужно иметь в виду, что и психические потрясения играют особенно большую роль, когда встречаются более или менее подготовленную почву. Она может быть подготовлена благодаря тем или другим врожденным особенностям психо-физического склада. У людей с неустойчивой психикой испуг и вообще психические травмы легче вызывают различные реакции защитного характера. Например истерические припадки особенно часто возникают у лиц с неустойчивой психикой.

Очень часто наблюдающиеся со времени мировой войны истерические припадки, начавшиеся после контузии, обязаны своим происхождением не столько психической травме как таковой, сколько имевшейся до контузии психопатической почве.

Испуг, равно как и психические травмы вообще — тяжелое горе, обида, оскорбление и пр. — особенно сильное действие, как уже говорилось, оказывают в детском возрасте. У ребенка эмоциональная сфера особенно чувствительна и живо реагирует на различные внешние моменты. Травматизирующим образом действуют рассказы о различных страшных или просто

необычайных приключениях, о привидениях, мертвецах, нечистой силе. В том же смысле опасны грубые шутки, допускаемые иногда с детьми с целью «шутя» попугать их. Травматизирующим образом действуют слишком сильные и неподходящие впечатления, часто имеющие место потому, что детям приходится слишком рано участвовать в жизни взрослых. Грубые окрики, шум и ссоры, затеваемые пьяным отцом, очень часто ведут к различным нервным явлениям. К этому же ведут грубые наказания, битье, угрозы избить до смерти, отдать цыганам, выбросить на улицу и т. п. Роль большой травмы для пугливых детей может сыграть запираение их в темной комнате, делаемое нередко с целью наказания. К значительному афекту испуга со всеми последствиями у детей может привести неожиданное знакомство с животными. Особенно большое значение имеют переживания детей, связанные с ссорами между отцом и матерью и вообще между близкими. Дети, даже сравнительно очень маленькие, очень много понимают из отношений между собой окружающих. Нередко имеющие место семейные драмы особенно больно переживаются детьми, которые реагируют на них различными невротическими картинками. Особенно большое значение имеет психическая травматизация, имеющая отношение к сексуальной жизни. Участие в качестве зрителя при каких-нибудь сценах сексуального характера может потрясти детскую психику прежде всего, как все необычайное, непонятное и потому пугающее. Но к этому нужно присоединить роль инфантильной сексуальности, пробуждение сексуального любопытства. Такое же значение может сыграть знакомство с известными частями тела взрослых, в особенности другого пола. С этими явлениями тем более приходится считаться, что дети нередко бывают не только зрителями, но и жертвами различных неопозволительных действий взрослых. В этой области приходится считаться с ролью сексуальных травм раннего детства, которые, с одной стороны, могут привести непосредственно к различным нервным расстройствам, а с другой — быть теми зачатками нервных явлений, из которых в дальнейшем могут развиваться очень тяжелые заболевания. Здесь нужно упомянуть о больших заслугах в этом отношении венского психиатра Фрейда; именно он показал, как на эти ранние сексуальные переживания детства наслаиваются новые психические травмы с образованием в конце концов очень сложных картин.

На примере сексуальных травм раннего детства, механизм действия которых раскрыт Фрейдом, можно ясно видеть, как часто приходится считаться не с одной отдельной травмой, а целым рядом их, наслаивающимися одна на другую. Всякое сильное раздражение, особенно если оно падает на ранимую и чувствительную нервную систему, какой она оказывается в детском возрасте, даже если оно не дает сказывающегося чем-нибудь внешним эффекта, не пропадает бесследно. Оно создает более или менее значительное возбуждение, которое притягивает к себе другие раздражения, и в конце концов дает тот или другой разряд в форме каких-либо нервных комплексов, страхов, истерических припадков, навязчивого состояния и пр. При этом характер этой реакции первоначально может быть обусловлен целым рядом моментов, иногда более или менее случайным и временным состоянием организма, его переживаниями в данный момент и окружающей ситуацией. Таким образом характер этой реакции на первых порах может быть до известной степени случайным, но в дальнейшем реакция фиксируется в более или менее одной и той же форме и становится привычной. Очень часто приходится считаться с действием не одной какой-либо травмы, а с целым рядом их, другими словами, с психической травматизацией. Хотя переживания каждого человека вообще бывают очень разнообразны, но здесь приходится говорить главным образом о тех из них, которые связаны с неприятным чувственным тоном. Нельзя отрицать влияния на психику какой-либо и радостной эмоции, но роль их в патологии совер-

шенно ничтожна и выражение «с ума сошел от радости» едва ли может быть когда-нибудь применено буквально, а не в фигуральном только смысле. Что же касается неприятных переживаний, то механизм действия их более или менее одинаков. Всем им свойственно известное тормозящее действие на нервно-психический тонус, на вегетативные процессы и настроение. В особенности значительным оказывается травматизирующее действие, когда психика находится под длительным влиянием более или менее одинаковых моментов. Это чаще всего случается, когда человек попадает в ситуацию, являющуюся источником определенной травматизации. Иногда причина может заключаться в особенностях социального положения. Приниженное подневольное положение может несомненно способствовать повышению заболеваемости. Давно установлено наблюдением, что некоторые профессии именно по этой причине как бы предрасполагают к заболеваниям. Очень часто психические заболевания в прежнее время констатировались среди домашних прислуги, в особенности у молодых деревенских девушек, впервые попадавших в большой город, работавших в тяжелых условиях и не имевших ни в ком опоры. То же самое наблюдалось относительно гувернанток, бонн. По тем же причинам понятна большая заболеваемость вдовцов и вдов сравнительно с женатыми и замужними. Помимо психических моментов здесь могут играть роль худшие условия в смысле материальной обеспеченности. Не случайное явление, что в послевоенной Германии наблюдается повышенная психическая заболеваемость и именно различными депрессивными состояниями среди женщин среднего и пожилого возраста. Это несомненно стоит в связи с гибелью на войне значительного количества мужского населения, бывшего главной опорой и источником материального благополучия близких. На это же указывает сравнительно большая частота заболевания среди деклассированных элементов. Те или другие особенности работы, свойственные той или другой профессии, могут быть источником определенной психической травматизации, повышающей нередко ранимость нервной системы и ее заболеваемость. В этом отношении заслуживают внимания два момента, имеющие неодинаковое значение и характеризующиеся неодинаковым механизмом действия.

В очень многих случаях приходится считаться с ролью физического и в особенности умственного напряжения.

Уже прежними психиатрами установлена большая заболеваемость среди бухгалтеров, инженеров и некоторых других профессий, связанных с напряженным умственным трудом. В настоящее время приходится говорить то же относительно некоторых заболеваний лиц из той же группы. На этой почве возникает комплекс явлений, с которым чаще всего приходится считаться в патологии,—общеизвестна картина невращения как невроза истощения. Здесь однако акцент нужно ставить не на нервной системе, как таковой, а на общем истощении организма, выражением чего и являются вегетативные реакции, входящие в этот симптомокомплекс. Если не иметь в виду роли нервного перенапряжения в генезе невращенического симптомокомплекса и отчасти артериосклероза, едва ли можно говорить о нем как о значительном факторе в патологии душевного расстройства. Если у работников определенных профессий сравнительно часто развиваются нервные явления, то это потому, что кроме переутомления выступают на сцену другие

вредные моменты—алкоголизм, сифилис и пр. Нужно иметь в виду, что и нервное переутомление действует не столько само по себе, сколько благодаря условиям работы—отвлечение внимания вследствие неподходящей обстановки, волнения, связанные с ответственностью, иногда может быть даже с опасностью работы. В таких случаях приходится считаться с длительной травматизацией, которая может дать стойкие изменения личности со сдвигами ее в сторону большей нервности, тоскливости, подозрительности. Создаются те картины, по отношению к которым можно говорить о приобретенной конституции. Получающиеся изменения личности сами по себе являются результатом воздействия психических факторов, представляя психическое расстройство; с другой стороны, они создают фон, на котором особенно легко возникают невротические реакции и более серьезные расстройства. В настоящее время с полным правом обращается большое внимание на различные вредности, связанные с той или другой профессией. С каждой из них связаны свои более или менее определенные вредности разного порядка: кроме механической травматизации неблагоприятные последствия, связанные с большим физическим напряжением, продолжительным пребыванием тела в одном и том же положении, а также возможность различных отравлений; почти всегда приходится считаться с психическими моментами. Можно указать на большое значение психических моментов, играющих роль в сравнительно частой нервно-психической заболеваемости медперсонала. Постоянная работа ■ непосредственном соприкосновении с человеческим страданием не остается без соответствующей реакции в психике лиц, ухаживающих за больными. Прежде всего это относится к персоналу психиатрических больниц ввиду особенностей поведения душевнобольных, нередких нападений их на персонал с нанесением более или менее серьезных повреждений, даже увечий и смерти. Эти обстоятельства несомненно должны быть поставлены ■ связь, с одной стороны, с частым развитием у этой группы работников заболеваний сердца и сосудов, с другой стороны—с частыми невротическими реакциями. Повышенная ранимость нервной системы вследствие необходимости длительного напряжения при отвлечении внимания и более или менее волнующая обстановка наблюдается также у педагогов. Психические моменты, связанные с особенностями той или другой профессии, конечно играют очень большую роль именно при наличии неустойчивости, чувствительности психики. В этих случаях к развитию психических изменений личности могут привести неблагоприятно сложившиеся жизненные обстоятельства без всякого отношения к профессии. У сенситивных по терминологии Кречмера лиц в результате своеобразно сложившейся ситуации дело может дойти даже до образования бредовых концепций.

Нервно-психическая заболеваемость находится в определенной зависимости от общей заболеваемости, хотя не всегда идет с ней параллельно. Это обстоятельство приходится учитывать и при изучении вредностей, свойственных той или другой профессии. У людей физического труда естественно должна быть больше общая заболеваемость, но во многих случаях эта работа требует и большого нервного напряжения, а иногда приходится считаться и с волнениями, связанными с сознанием прямой опасности не только для здоровья, но и для жизни. Это в особенности относится к рабочим большой квалификации, и не без основания выделяют ряд особенно вредных профессий, к которым относят текстильщиков, горнорабочих, химиков, металлостроителей и некоторые другие группы. Интересны в этом отношении данные статистического исследования профессиональной заболеваемости, предпринятого Наркомздравом.

В некоторых случаях источником длительной травматизации, могущей дать те или другие психические расстройства, может быть своеобразная ситуация, в которую человека ставят прирожденные или приобретенные особенности его физической организации, болезни или инвалидности. Сюда

нужно отнести те многочисленные случаи, когда г л у х о т а ставит человека в особое положение, затрудняя его общение с внешним миром и оценку происходящего кругом, делая очень трудной или прямо невозможной проверку различных возникающих подозрений. Естественно, что таким лицам свойственны вообще недоверчивость и подозрительность, на фоне которых, как указали Крепелин и Мерклин (Merklin), могут развиваться своеобразные параноидные картины. Недоверчивость, раздражительность и до известной степени боязливость свойственны и глухим от рождения, но психическая роль глухоты выступает особенно ярко в тех случаях, когда она появляется вследствие тех или других заболеваний у лиц с вполне сложившейся психикой. По наблюдениям, сделанным в психиатрической клинике 2 ММИ, аналогичные изменения могут наблюдаться под влиянием ситуации, сложившейся благодаря развившейся слепоте. К психическим моментам нужно отнести изменение условий жизни, которые складываются у пожилых людей под влиянием ослабления трудоспособности и связанных с этим затруднений в жизни. Психическую травматизацию увеличивают в отдельных случаях трудные условия жизни, делающие тяжелым бременем каждого лишнего человека в семье, «недобытчика» по народному выражению. К этому нужно присоединить очень возросшие жилищные затруднения, при которых каждый лишний человек должен быть особенно обременительным. Этот момент часто играет очень существенную роль и независимо от пожилого возраста. Разросшееся население, особенно в городах, при недостаточно быстром новом строительстве привело к очень большому уплотнению в квартирах. Благодаря этому — обычное явление, что в одной и той же квартире и даже в одной комнате живет несколько семейств, большей частью совершенно различных по своим интересам, занятиям и образу жизни. Это ведет к постоянным столкновениям между собой, ссорам, судебным делам о выселениях и переселениях. Сравнительно нередко нервные расстройства, в которых большую этиологическую роль сыграли именно эти столкновения на почве жилищной нужды.

Почти во всех перечисленных случаях приходится считаться еще с одним моментом тоже психического порядка, именно ролью внушения и психического заражения. Нередко вообще бывает, что психическое расстройство с одними и теми же симптомами, с одними и теми же бредовыми идеями развивается одновременно у двух или более лиц, а иногда у целых масс. Говорят в таких случаях об индуцированном помешательстве, или по французской терминологии о *folie à deux* (могут быть случаи *folie à trois*, *à quatre* и т. д.). При этом обычно имеет место, что один больной с более активными проявлениями болезни, яркими бредовыми идеями как бы заражает ими некоторых из окружающих, главным образом из числа более неустойчивых людей, чаще женщин, иногда лиц, в кругу которых он пользуется большим влиянием или которые находятся от него в той или другой зависимости. Психический характер расстройства особенно ясен из того, что удаление больного, являющегося источником индуцирования, как правило ведет к исчезновению болезненного расстройства у лиц, игравших пассивную роль. Иногда приходится наблюдать не индуцирование всей картины болезни другим лицом, не представляющим наличности душевного расстройства, а нечто иное. В психиатрических больницах нередко приходится наблюдать, что один больной повторяет бред, высказываемый другим, наряду с тем, что свойственно ему лично (*folie communiquée* французских психиатров). Отделение больных друг от друга в таких случаях хотя иногда ведет к исчезновению воспринятой чужой бредовой идеи естественно не может дать полного выздоровления. Особое положение занимают случаи, когда болезненное расстрой-

ство с более или менее одинаковыми проявлениями возникает одновременно благодаря тому, что больные жили в одних и тех же условиях и подвергались одним и тем же вредным моментам. Конечно и здесь нельзя исключить роли подражания, но в основе генез все же иной. Случаи такого одновременно возникающего психоза (*folie simultanée*) не часты. Одновременное заболевание психозом, протекающее в одной и той же форме (чаще всего речь идет о шизофрении), наблюдается иногда у близнецов, особенно так называемых однояйцевых, и здесь причина одновременности заключается главным образом в более или менее тождественных условиях наследственности. Описаны случаи, когда близнецы одновременно заболевали одним и тем же психозом, даже если жили отдельно.

Особенно ярко роль психического заражения выступает в случаях психических эпидемий. В генезе явлений к тому, что было сказано выше об условиях, при которых особенно легко проявляется индуцирование, нужно особенно отметить роль среды, которая по своим особенностям очень часто благоприятствует распространению эпидемии. Сюда прежде всего нужно отнести вышеупомянутые условия однообразия, монотонности существования и известной примитивности психики, делающие более легким развитие примитивных психических реакций, выражающихся в одной и той же и притом взятой в готовом виде форме. Психические эпидемии особенно легко распространяются среди группы лиц, живущих вместе в одних и тех же условиях постоянного и тесного общения, например среди членов одной и той же семьи или среди родственников, односельчан, в интернатах, в общежитиях.

Вышеизложенные данные, касающиеся вредного влияния различных экзогенных факторов, именно: профессиональной работы, большого нервного напряжения, волнений, дурных условий жизни, жилищных стеснений и пр., естественно в большей мере играют роль в жизни городов, особенно больших, чем среди сельского населения, но несомненно здесь приходится считаться не только со значением профессии. Это видно из того, что в одной и той же профессиональной группе заболеваемость особенно велика в крупных городах.

III. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

14. ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ДУШЕВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Для выяснения сущности душевного расстройства необходимо точное ознакомление с процессами, происходящими в организме; поскольку наиболее точным методом в этом отношении являются данные вскрытия и патологоанатомического исследования, постольку неотъемлемой частью в изучении психоза должен был быть точный учет макро- и микроскопических изменений. Но патологическое исследование не для всех психозов оказывается в одинаковой мере продуктивным. Вместе с большим количеством случаев, составляющих очень большую, особенно хорошо изученную группу, где в головном мозгу имеется определенный анатомический процесс (прогрессивный паралич, церебральный артериосклероз, старческое слабоумие, различные формы врожденного слабоумия), несомненно существование таких заболеваний, при которых самое тщательное микроскопическое исследование не обнаруживает сколько-нибудь значительных изменений. Как нужно думать, в этих случаях высшая нервная деятельность изменена не потому, что в больших полушариях имеются более или менее грубые изменения строения, вследствие нарушения питания или отравления, источники коего лежат обыкновенно вне мозга и относятся ко всему организму. Например наиболее существенное для маниакально-депрессивного психоза явление—более или менее правильное чередование приступов тоскливости или повышенного настроения—имеет в основе расстройство обмена с накоплением ядовитых продуктов и отравлением ими нервной системы. В этих случаях можно отметить известные особенности соматического сложения в строении и деятельности желез внутренней секреции, в обмене веществ, но в мозгу нет анатомического процесса, соответственно чему в интеллекте больного даже при очень большой длительности болезни нельзя бывает обнаружить никаких явлений ослабления. Имеет значение в данном случае то, о чем мы говорили в главе о сущности психоза: функция идет впереди структуры, а не наоборот. Это относится и к измененной функции, к патологии. Если длительные психотические явления сопровождаются всегда структурными изменениями, то в самой начальной стадии заболеваний, например таких токсических, как алкогольные, их может и не быть.

Даже в тех случаях, когда речь идет о психозах с определенным анатомическим субстратом, клиническая картина не объясняется

целиком анатомическими изменениями. Например прогрессивный паралич помешанных, имеющий приблизительно одну и ту же анатомическую основу во всех случаях, протекает в самых различных формах. Картина психоза складывается не только из тех симптомов, которые непосредственно зависят от анатомических изменений в мозгу, но и из элементов, обязанных своим происхождением более или менее случайным внешним моментам, например инфекциям, алкогольной или другой какой-либо интоксикации, психическим моментам или каким-либо процессам аутоинтоксикации, явлениям расстроенного обмена. В общей картине того, как сложится психоз, в каждом отдельном случае играют роль также те или другие особенности реагирования, свойственные человеку в зависимости от его психо-физического склада.

В формировании реакции, какой является вообще психоз, главную роль играют полушария большого мозга, но на эту реакцию несомненно влияет также общее состояние организма, в частности те или другие отклонения в соматических отправлениях.

Из сказанного ясно, что патологическая анатомия психозов не может ограничиваться изучением только головного мозга. Прежде всего она обращает внимание на особенности строения всего тела, размеры отдельных его частей и органов, на состояние питания. Все эти признаки не случайны, а находятся в определенных соотношениях с обменом веществ, с деятельностью желез внутренней секреции. Та или другая картина общего физического недоразвития с малым ростом, с пропорциями тела, более свойственными детскому возрасту, так называемый инфантилизм, типична главным образом для различных форм олигофрении (врожденного слабоумия), далее для заболеваний, вызванных расстройствами в системе закрытых желез, например для кретинизма, а также для психозов, в происхождении которых играет роль наследственное отягощение, например для шизофрении.

Большое значение имеет наблюдающееся иногда так называемое лимфатическое сложение, характеризующееся ненормальным развитием лимфатического аппарата, иногда комбинирующееся с неполной обратной инволюцией зубной железы. Оно характеризует организацию, которая от рождения является не вполне полноценной, мало устойчивой по отношению к различным вредностям. Такое же значение имеет недостаточность развития сердечно-сосудистой системы, выражающаяся в узости аорты и малых размерах сердца. Все эти явления наблюдаются главным образом в случаях дегенеративных заболеваний, психического недоразвития и при шизофрении.

Сравнительно нередко можно констатировать те или другие изменения щитовидной железы, иногда в смысле гиперплазии ее ткани. Увеличение щитовидной железы иногда констатируется при инволюционных психозах, в особенности у женщин, причем гиперфункцию ее можно рассматривать как стоящую в связи с понижением гормональности половых желез. Атрофические изменения железы обычны в хронических случаях психозов, например в исходных состояниях шизофрении, старческом слабоумии. Половые железы, если оставить в стороне вышеупомянутые аномалии сложения

ния, больше всего страдают при шизофрении и конечно при всех психозах позднего возраста.

Сравнительно нередко наблюдаются изменения надпочечников. В части случаев речь идет об атрофических явлениях, которые особенно значительны при наличии общего истощения. Нередко при этом можно констатировать и туберкулез их (особенно при шизофрении). Возможны случаи кровоизлияний в надпочечники, а также гиперплазии коркового или медулярного вещества, отложение липоидов в корковом веществе надпочечников (шизофрения). Изменения этого рода иногда были находимы при маниакально-депрессивном психозе. Изменения в них—конечно обязательные явления при психозах на почве аддисоновой болезни, но следует отметить, что иногда без вполне выраженной картины последней можно наблюдать такого же характера пигментацию кожи и изменения надпочечников. Такое явление встречается иногда при психозах периода обратного развития, в некоторых случаях прогрессивного паралича. Если значительные макроскопические изменения желез внутренней секреции—не особенно частое явление, то микроскопические изменения в них более или менее постоянны. То же нужно сказать относительно узлов симпатического нерва, которые особенно сильно поражаются при инфекционных и интоксикационных психозах.

К постоянным явлениям нужно отнести изменения со стороны внутренних органов. Это прежде всего относится к желудочно-кишечному каналу и связанным с ним железам. Очень обычны хронические воспалительные процессы. Иногда можно встретить круглую язву желудка. Частота поражения этой системы органов видна из почти постоянно констатируемых при психозах изменениях желудочной секреции. Очень редкое, но интересное явление наблюдается при органических поражениях головного мозга—буроеразмягчение желудка и пищевода—агональное или посмертное переваривание слизистой оболочки желудочным соком, отчасти напоминающее картину при отравлении серной кислотой. В кишечнике душевнобольных, погибших от легочного туберкулеза, нередко наблюдаются туберкулезные язвы. При наличии душевного расстройства они несомненно легче развиваются, так как больные этого рода, особенно шизофреники, по своей малой активности и ослаблению защитных движений обычно не отхаркивают мокроты и глотают ее. Чрезвычайно часты изменения печени. При заболеваниях алкогольного происхождения имеют место главным образом цирротические изменения, обычно атрофический цирроз; при сифилисе мозга и прогрессивном параличе—рубцовые изменения, иногда образования гумм; они особенно резки при врожденном сифилисе (известная раздольчатая печень). Очень частым явлением можно считать также развитие артериосклероза, особенно склероза крупных сосудов. Это изменение—обычный спутник периода обратного развития, но у душевнобольных оно нередко развивается очень рано и бывает выражено очень резко. Это конечно должно быть поставлено в связь с расстройством обмена, и естественно, что чаще всего его можно встретить при маниакально-депрессивном психозе и при климактерических заболеваниях, а также при старческом слабоумии. Со стороны

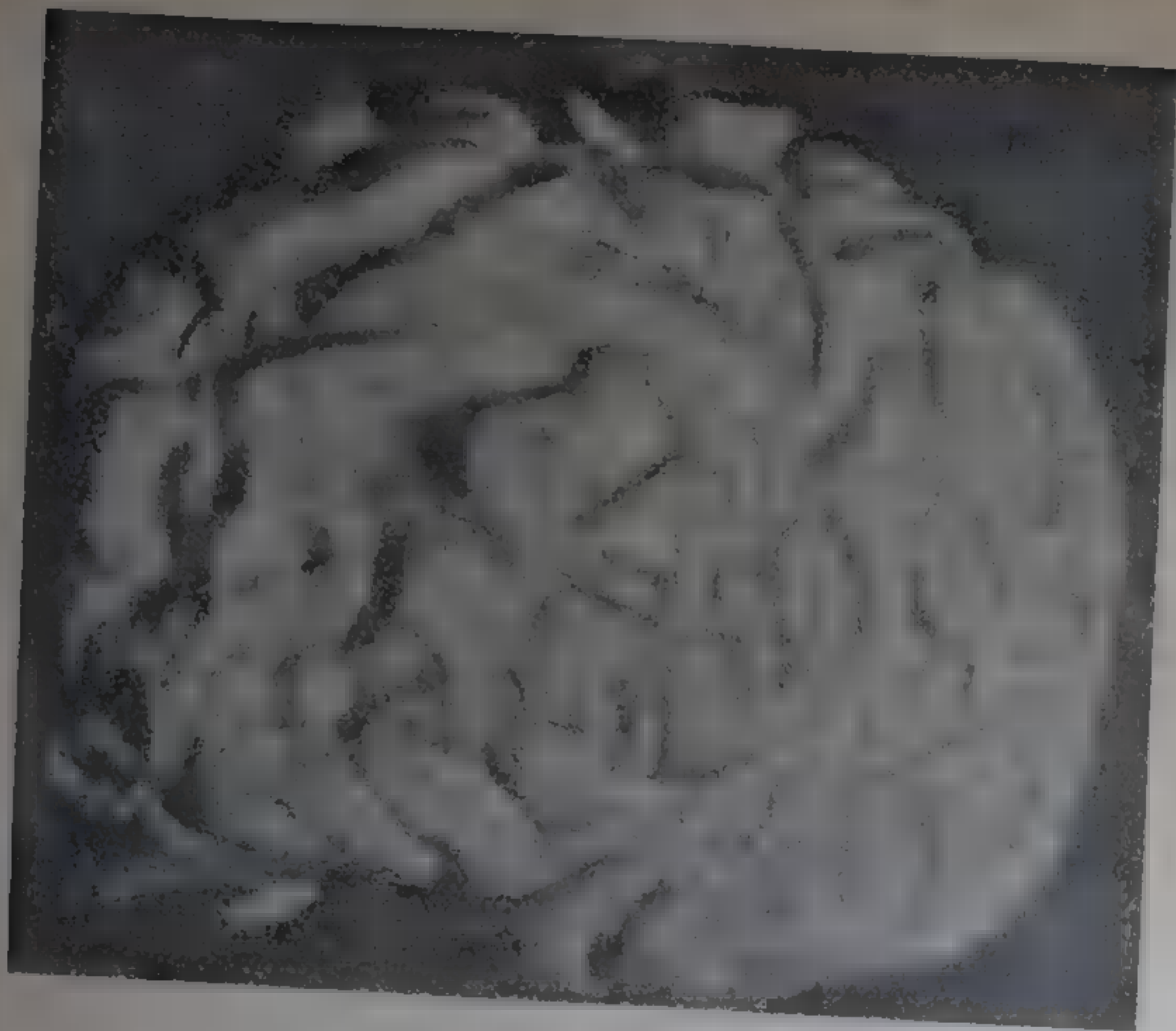


Рис. 29. Утолщение и мутность мягкой мозговой оболочки, атрофия извилин.

легких нужно отметить повышенную склонность к развитию туберкулеза, чему способствуют пониженная активность многих больных, особенно шизофреников, ведущая к ограничению экскурсии грудной клетки, нерегулярное питание и в особенности отказ от пищи. Из душевнобольных хроников, постоянных пациентов психиатрических больниц, в среднем около 40% погибает от туберкулеза; по отношению к некоторым группам, на-

пример к шизофреникам, процент этот повышается до 70.

Со стороны черепа кроме отклонения в величине его и форме нередко можно отметить изменение толщины костей черепа. Иногда речь идет о резком утолщении костей черепа, образующих необычайно твердую и массивную коробку (сифилис мозга, некоторые формы врожденного слабоумия), иногда об истончении костей—водянка мозга, мозговые опухоли, хронические истощающие болезни, например старческое слабоумие, иногда отмечается также преждевременное срастание черепных швов.

Со стороны головного мозга и вообще центральной нервной системы очень много изменений можно констатировать невооруженным глазом. Как следствие воспалительных процессов очень часто наблюдается утолщение и мутность твердой и мягкой мозговых оболочек (пахи- и лептоменингит), иногда кровоизлияния в оболочки, геморрагический пахименингит, изредка отложение в паутинной оболочке особых бляшек остеоидной ткани. Утолщение мягкой мозговой оболочки более всего бывает выражено с выпуклой стороны полушария (рис. 29), но при сифилисе мозга оно резче всего бывает на основании. Здесь же обыкновенно сильнее всего утолщение стенок сосудов, иногда ведущее к аневризматическим расширениям. К нередким изменениям нужно отнести переполнение сосудов мозга кровью, гиперемии и кровоизлияния. Последние всегда образуются вследствие разрыва сравнительно более крупных сосудов и в таких случаях занимают довольно большой объем, иногда же они бывают очень мелкие, имея вид красных точек. Излюбленное место разнородного кровоизлияний, ведущих к размягчению мозговой ткани,—это область центральных узлов. Точечные кровоизлияния нередко бывают также под эпендимой желудочков и в сером веществе коры под мягкой мозговой оболочкой. Помимо гиперемии нередко можно констатировать картину отека мозговой ткани. Очень частую и прежде всего бросающуюся в глаза картину представляет изменение объема мозга. Увеличение его иногда зависит от развития в нем опухолей, в особенности множественных, от диффузного разрастания глии, в особенности как проявление особой аномалии развития. Опухоли, чаще всего глиомы, констатируются приблизительно в 4%

все
ви
в о
мо
лад
так
сос
мо
изм
дел
чер
ма
тор
мен
кон
оч
раз
шен
изм
чин
мо
при
хар
400
явл
и ат
ва
ние
наоб



Рис. 30. Микроцефалический мозг. Очень широкие извилины (макрогирия); мозжечок почти не покрыт слабо развитыми полушариями; края сильвиевой борозды не соприкасаются плотно (не вполне закрыт рейлиев островок). Случай Г. Фогта.

всех секций душевнобольных. Иногда увеличение веса и объема мозга зависит от своеобразного изменения мозга, известного под именем **мозгового набухания**, понятие которого дано Рейхардтом. При этом мозговое вещество вследствие своеобразных химических изменений обладает особенной способностью связывать воду. Эта связь химическая, так что картина ничего общего не имеет с отеком мозга. Распознается такое состояние не столько по большому весу мозга, сколько из сравнения объема мозга и внутреннего объема черепа. Объем мозга легко определяется путем измерения вытесняемой им воды; что же касается объема черепа, то определение его более сложно и производится с помощью введения в полость черепа через большое позвоночное отверстие бычьего пузыря и измерения максимального количества воды или какого-нибудь другого вещества, которое можно ввести внутрь черепа. Если разница между обоими объемами меньше 10%, наличие мозгового набухания несомненно. Это явление можно констатировать главным образом при шизофрении и эпилепсии. Иногда очень большие размеры мозга могут быть проявлением неправильного развития (**макроцефалия**). При определении увеличения или уменьшения мозга опираются на сравнение с нормальными средними данными измерения и взвешивания. По Маршану таким средним весом у мужчины является 1 400 г, у женщины—1 235 г. Резкое изменение веса и объема мозга в сторону уменьшения свойственно состояниям недоразвития, ярким примером которого является **микроцефалия** (рис. 30). Последняя характеризуется не только малыми размерами и малым весом (900, 600, 400 г и даже меньше), но и неправильным формированием. Эта особенность является вообще отличительным признаком для врожденного недоразвития и атрофии на почве прижизненных процессов. В первом случае обычно бывает чрезвычайно неправильное расположение борозд и извилин. Последние иногда бывают слишком широкими (**макрогирия**) (рис. 30) или, наоборот, очень тонкими (**микрогирия**) (рис. 31). Иногда появляются

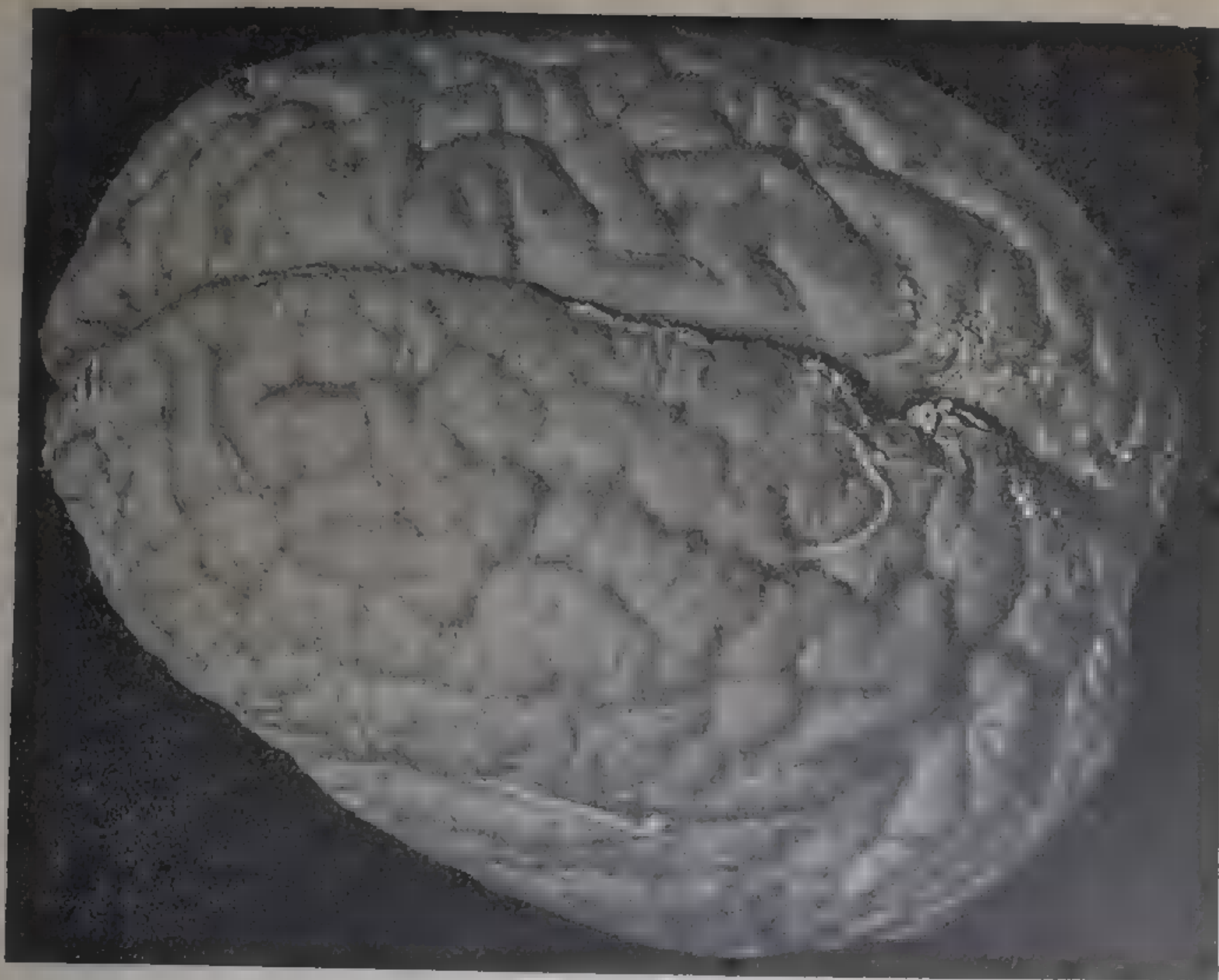


Рис. 31. Очень тонкие и неправильно расположенные извилины (микрогирия).

особые атипичические для нормального мозга борозды. Очень характерно для недоразвитого мозга то, что рейлиев островок часто оказывается открытым и хорошо виден без раздвигания краев сильвиевой ямы. В качестве аномалии развития можно встретить отшнурование отдельных участков серого вещества коры и погружение их в глубь белого мозгового вещества (гетеротопия) (рис. 32). Аномалии разного рода очень часто бывают выражены в мозжечке (неодинаковое развитие обоих полушарий, гетеротопия). Как на аномалию развития нужно смотреть на полное или почти полное отсутствие мозолистого тела. В ряде случаев наблюдаются различные аномалии в расположении мозговых сосудов, главным образом особенности образования виллизиева круга. Аномалии иногда можно найти в спинном мозгу (удвоение его, расширение центрального канала). Частое явление представляет водянка мозга, при которой вследствие скопления в боковых желудочках очень большого количества спинномозговой жидкости происходит их расширение с истончением вещества мозга, который в резко выраженных случаях превращается в громадный пузырь с тонкими стенками (рис. 33). Уменьшение веса мозга при слабоумиях на почве заболеваний развитого мозга, при параличе помешанных, старческом слабоумии и др. никогда не бывает так велико, как в случаях врожденного слабоумия. При этих заболеваниях вес понижается до 1 200—1 100 г, редко более. В этих случаях нельзя обыкновенно констатировать общего уменьшения объема, и атрофия наступает только местами. Она более всего касается серого вещества коры, соответственно чему резче всего выступают истончение извилин и расширение борозд (рис. 34). Это изменение более всего бывает выражено в области лобных долей, что может считаться правилом как для паралича помешанных, так и для старческого слабоумия и других заболеваний. Другой областью, где особенно резко бывают выражены атрофические изменения, являются аммоновы рога. Склероз их, сморщивание, раньше считался чем-то специфическим для случаев долго длившейся эпилепсии. Но кроме нее это изменение можно констатировать при разных процессах, ведущих к атрофии, например параличе помешанных, артериосклеротическом слабоумии. Во всех случаях выраженного уменьшения количества мозгового вещества наблюдается расширение мозговых желудочков. Последнее здесь

никогда не достигает таких размеров, как при врожденной водянке, так как имеет в этих случаях целью заполнять пространство, освобождающееся вследствие уменьшения объема мозга при остающейся без изменения внутричерепной полости.

Истончению извилин и вообще атрофии мозгового вещества при исследовании под микроскопом соответствует более или менее резкое уменьшение количества нервных клеток и волокон. В случаях глубокого слабоумия уменьшение количеств нервных клеток может достигать половины и даже двух третей. В распределении наибольших изменений по отдельным группам нервных элементов наблюдается известная правильность. Наиболее изучены отличия в интенсивности по слоям коры (ламинарный принцип—изучение по слоям). При этом оказалось, что особенно резко поражаются клетки 3-го и 5-го слоев. О. Фогт выдвигает другой принцип—ареальный, указывая на необходимость изучения изменений по отдельным архитектурным полям с учетом особенностей строения каждого участка. Для школы О. Фогта типична концентрация внимания на количественных изменениях, выпадении клеток, соответственно чему главное внимание уделяется исследованию при небольших увеличениях. Несомненно однако, что имеет большое значение ■ качество процесса. В некоторых случаях изменения клеток являются более или менее специфическими для опреде-

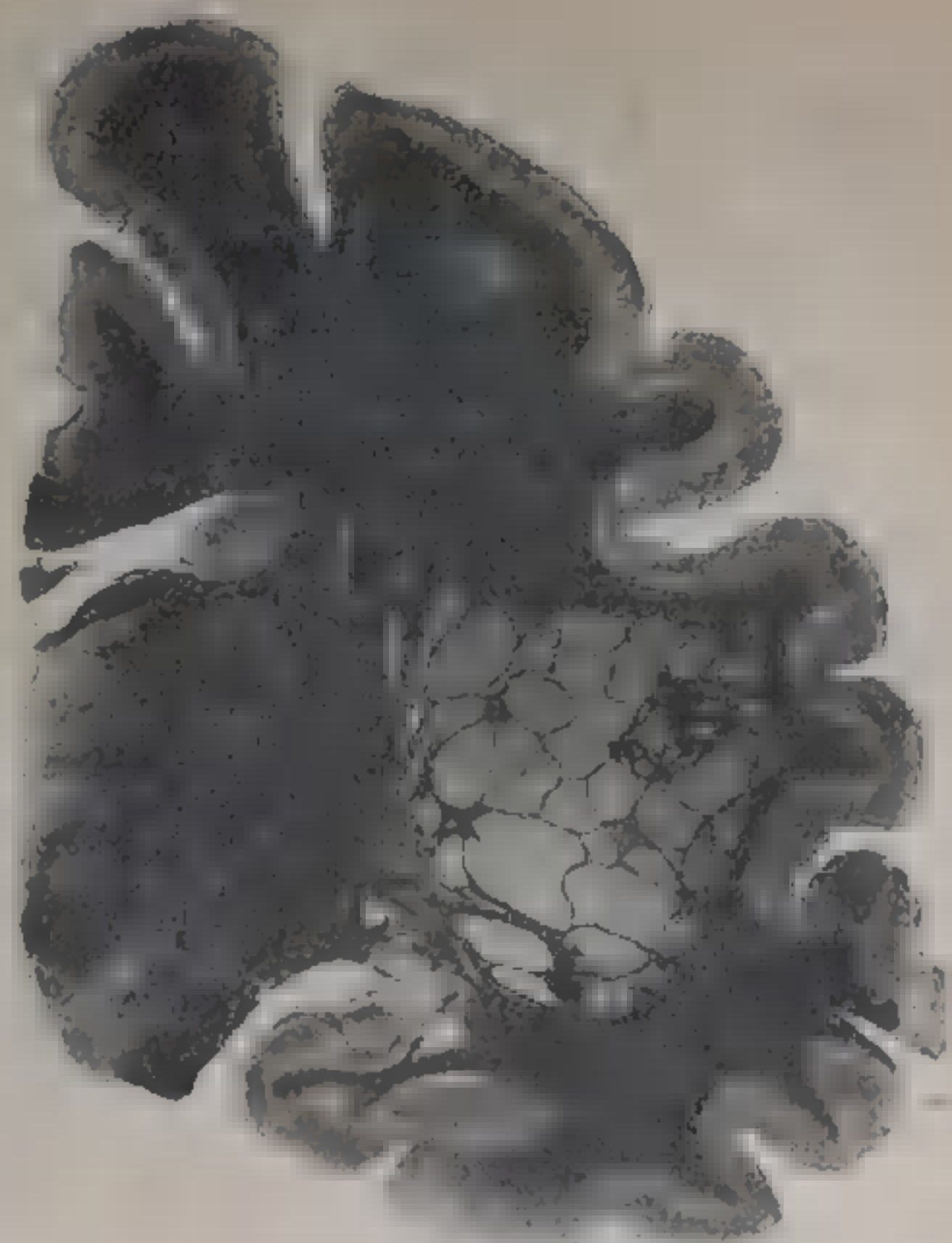


Рис. 32. Микроцефалический мозг (фронт. разрез; увеличение 1,8). Вследствие недоразвития полушарий подкорковые узлы занимают сравнительно очень большой объем; гетеротопия.

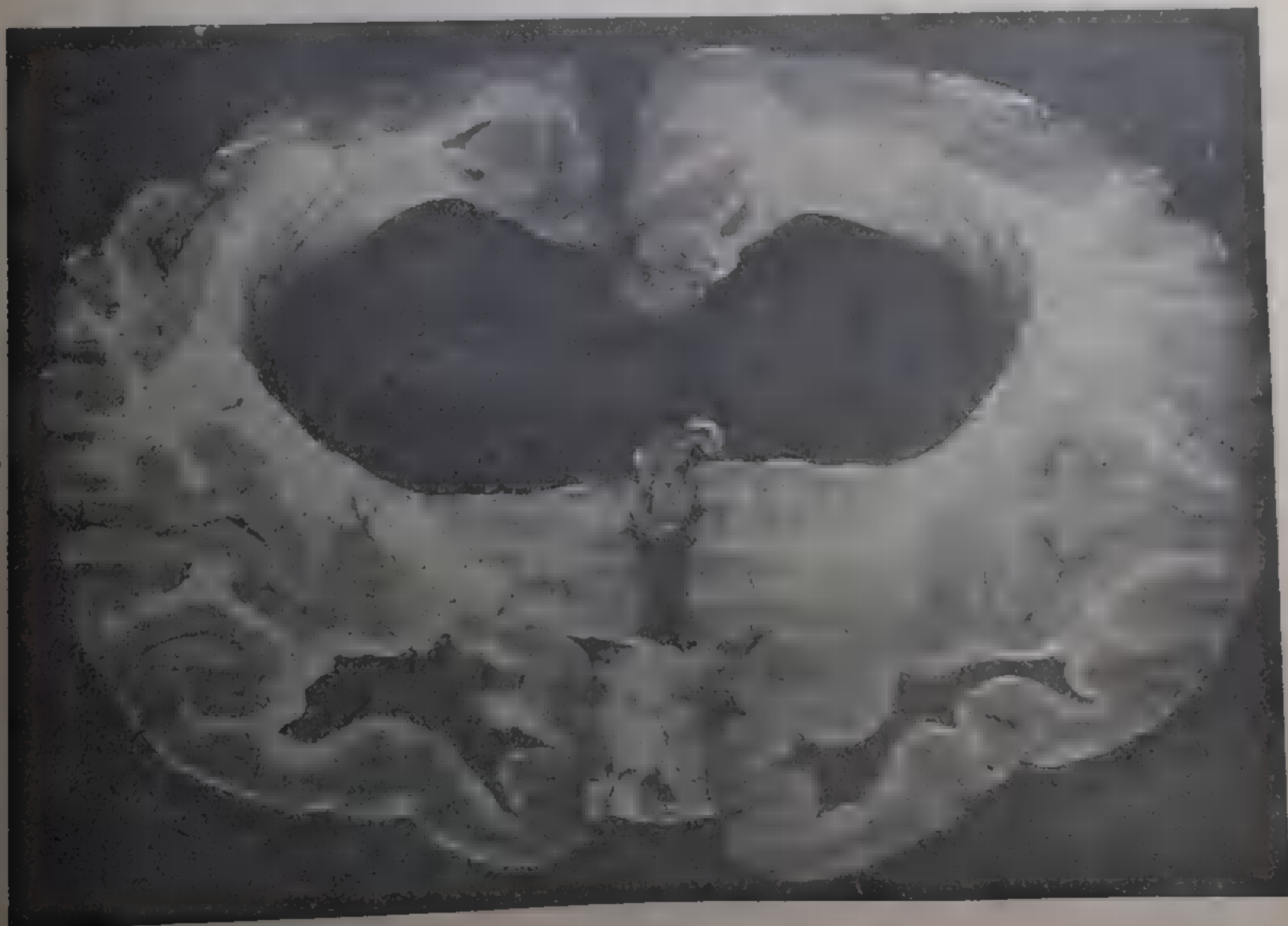


Рис. 33. Врожденная водянка мозга. Резкое расширение мозговых желудочков и слияние их вместе.

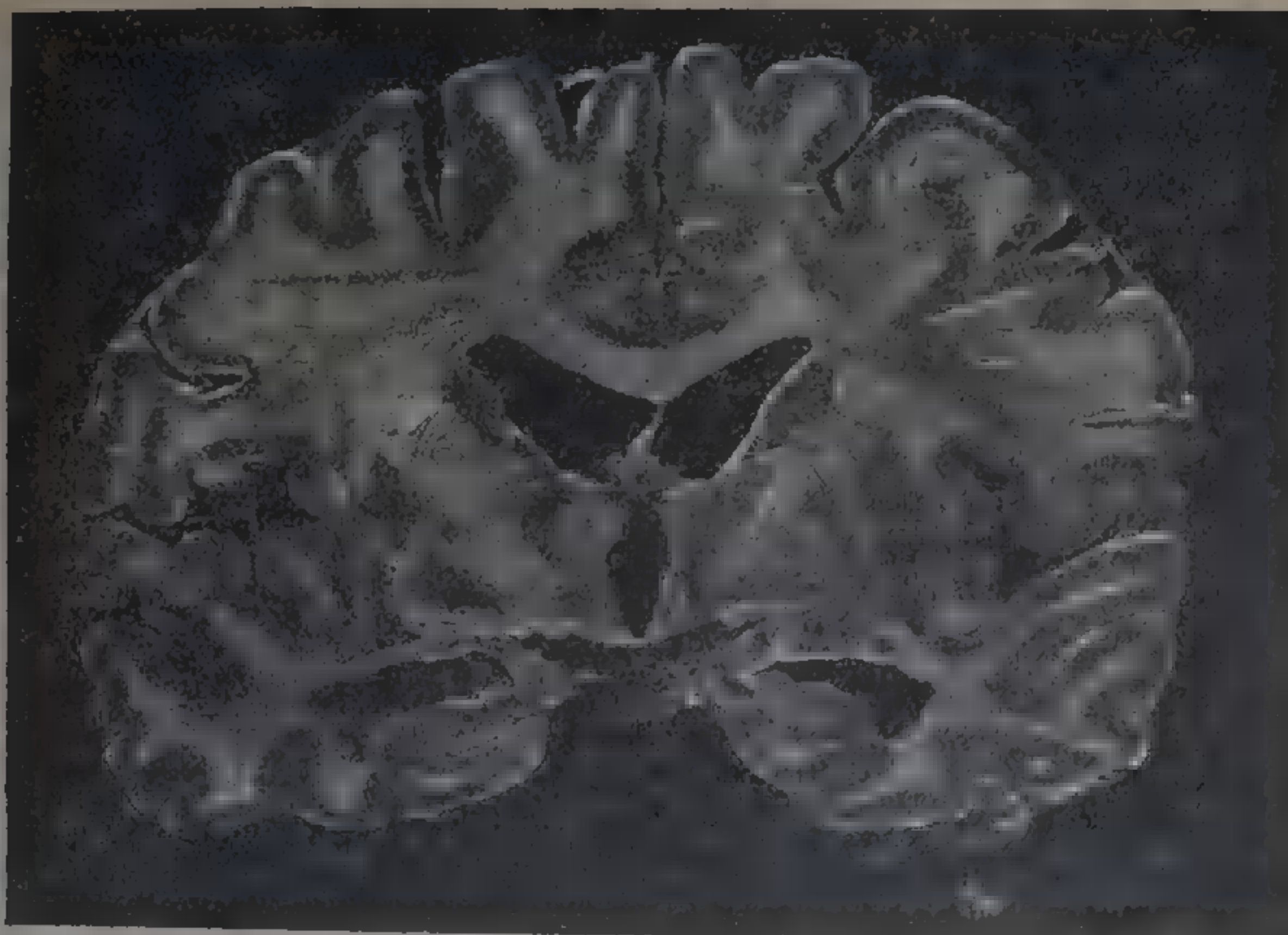


Рис. 34. Расширение желудочков вследствие атрофического процесса в мозгу (приобретенная внутренняя водянка).

ленных заболеваний. Сюда нужно отнести так называемое альцгеймеровское изменение нервных клеток при старческом слабоумии, кистозное перерождение их при семейной амавротической идиотии. Однако дело не в каких-либо специфических изменениях клеток или волокон, а в общем комплексе изме-

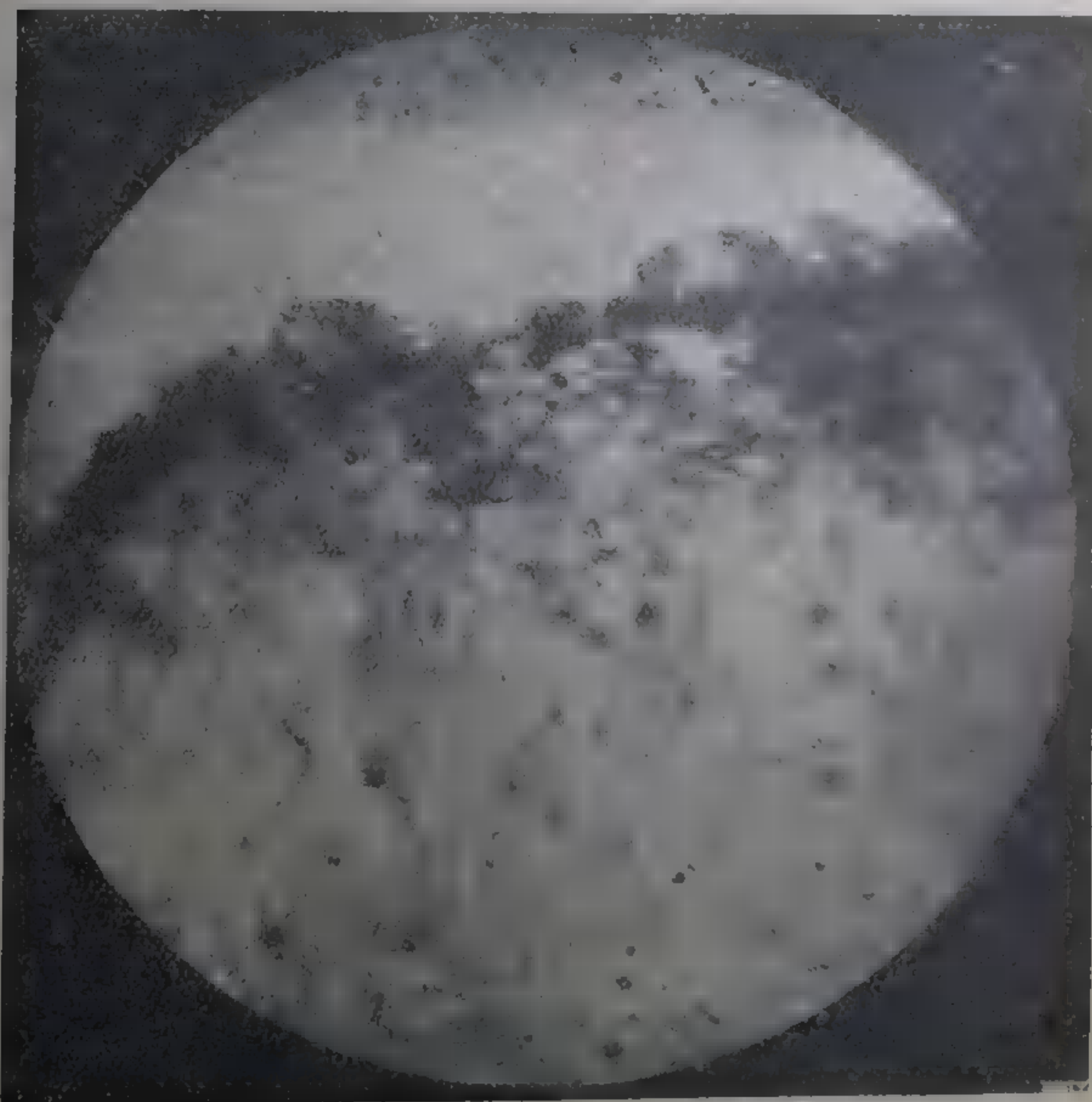


Рис. 35. Разрастание глии при параличе. Утолщение периферического глиозного слоя.

нений всех элементов различных отделов мозга. Для каждого психоза органической группы можно указать более или менее типичную анатомо-гистологическую картину. Явления выпадения клеток идут или соответственно принципу О. Фогта по ареалам или по слоям. Иногда преимущественное выпадение нервных клеток и волокон наблюдается и вокруг сосудов. Это в особенности имеет место при церебральном артериосклерозе, но выпадение клеток вокруг сосудов можно констатировать и в других случаях, например при инфекционных психозах.

Атрофические изменения нервных элементов как правило сопровождаются разрастанием глиозной ткани, картиной репарационного глиоза (рис. 35). Сочетание макро- и микроскопических изменений атрофического характера образует патологоанатомическую основу слабоумия. Как увидим далее, она при отдельных заболеваниях характеризуется некоторыми качественными особенностями, так что каждому органическому психозу соответствует своя более или менее типичная картина, допускающая иногда возможность диагноза болезни на основании одного анатомического исследования. Изменения в мозгу однако не ограничиваются психозами собственно органической группы, куда до известной степени можно отнести часть случаев шизофрении и эпилепсии. При всех психозах с токсической или инфекционной основой обычны различные клеточные, равно как и сосудистые изменения, например точечные кровоизлияния. Подробнее об этом будет сообщено при описании отдельных заболеваний.

V. ТЕРАПИЯ

15. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Основное в лечении душевнобольных заключается в устранении вредных моментов, игравших роль в происхождении заболевания, и в создании условий, могущих более всего способствовать выявлению защитных сил организма. Практически оно сводится к психическому воздействию на больного, к применению физических методов и к введению в организм разнообразных лекарственных, органотерапевтических веществ и сывороток путем внутреннего употребления или в виде подкожных инъекций и внутривенных вливаний. При этом в очень многих случаях своевременное помещение в больницу является не только профилактическим, но главным образом лечебным мероприятием. Здесь играет роль удаление больного из обстановки, которая часто оказывает на него раздражающее влияние и вообще служит источником возникновения различных вредных воздействий, сверх того имеет значение особый режим психиатрической больницы с правильной распланировкой всего дня, но отнюдь не исключающей возможности широкой индивидуализации, подготовленный и опытный медицинский персонал, правильно оценивающий и учитывающий различные колебания в психическом состоянии больного и обеспечивающий ему полную безопасность; все это дало повод говорить старым психиатрам, что «сами стены лечебного заведения» должны оказывать лечебное воздействие на душевнобольного. Поэтому чрезвычайно ценным является не только достаточный опыт, но и психические свойства персонала, посвятившего себя уходу за душевнобольными. Всякий душевнобольной должен найти ласковое, терпеливое, участливое отношение без излишней строгости, но с сохранением авторитета персонала, что может быть осуществлено при тяжелых условиях психиатрической работы только при наличии любви к душевнобольному и желании прийти ему на помощь. Важным вспомогательным лечебным мероприятием при помещении психически больного в больницу является применение постельного режима. Обычно последний проводится как правило для всех вновь поступающих больных, а дальнейшая, если так можно выразиться, «дозировка» его уже обуславливается психическим, а также и соматическим состоянием больного. К больным возбужденным, агрессивным, с тяжелыми расстройствами настроения, физически слабым постельный режим применяется обычно на несколько недель. Постельный режим являет-

ся средством, уменьшающим двигательное возбуждение больного и тем самым ослабляющим непроизводительную трату физических сил; с другой стороны, он облегчает возможность лучшего ухода и надзора за больными, сводя до минимума возможность столкновений с окружающими и проявлений агрессивности. Введение постельного режима как лечебного метода—заслуга главным образом русских психиатров; оно связывается с полным правом с именем покойного С. С. Корсакова. Из физиотерапевтических методов самым лучшим и получившим наибольшее распространение является водолечение в виде в а н н. В психиатрической практике нашли себе применение только теплые ванны в 35—36°. Благотворное влияние теплых ванн на общее состояние больного, его сон и аппетит, на психическое и двигательное возбуждение объясняется расширением кожных сосудов, уменьшением кровенаполнения в мозгу, улучшением общего обмена веществ. Длительность ванн варьируется в зависимости от психического и физического состояния больного, в среднем они делаются в продолжение 20—30 минут, иногда час, два и более. На Западе, именно в Германии, нашли себе применение д л и т е л ь н ы е в а н н ы, когда больной находится в ванне в течение многих суток подряд. Такие длительные, суточные, ванны требуют конечно особого устройства ваннных помещений (устройство особых рам, на которых прикрепляются простыни для подвешивания больного, и пр.). Надо стремиться к регулированию температуры воздуха в ваннных комнатах и к достаточной вентиляции их во избежание сырости. Конечно при применении ванн должен быть осуществлен тщательный надзор за больным, чтобы избежать опасности обваривания больного, а также его утопления. Помимо простых ванн в последнее время в психиатрической практике нашли себе применение при целом ряде заболеваний, главным образом при артериосклерозе мозга и депрессивных состояниях, у г л е к и с л ы е в а н н ы. Чрезвычайно благоприятный эффект, получаемый от их применения, объясняется появлением кожной гиперемии и улучшением обмена. Углекислые ванны кроме того усиливают работу сосудодвигателей, не изменяя заметным образом работы самого сердца. Таким образом эта процедура является хорошей гимнастикой для сосудов, понижая при этом кровяное давление.

Эта гимнастика сосудов имеет особенное значение при начальных формах артериосклероза, где развитию его предшествует особая стадия с клинической картиной, близкой к артериосклерозу, но вызванной не изменением сосудистой стенки, а расстройством сосудистого тонуса (гипертония). Несомненно большое будущее в деле лечения душевных заболеваний принадлежит физиотерапии, которая, если не иметь в виду собственно ванн, только теперь стала привлекать внимание психиатров. Здесь помимо большого психотерапевтического значения приходится учитывать и те сдвиги, которые происходят под влиянием тех или других процедур в биологических процессах. Конечно они, равно как и лекарственное лечение, не могут устранить основной причины болезни и повлиять на те изменения, которые лежат в ее основе. Но, как мы видели, клиническая картина не обуславливается только тем, что определяет существо болезни, например анатомическими нарушениями в мозгу. На основном фоне, свойственном той или другой болезни, может быть много наслоений,

зависящих от изменений, имеющих то или другое отношение к существованию психоза или представляющих осложнения, ухудшающие самочувствие и состояние пациента. Как мы видели в главе об этиологии, в генезе психоза почти постоянно играют роль различные соматические неполадки и устранение их естественно должно войти в общую систему лечения. Поэтому психиатры, стоя перед задачей лечения своих больных, должны по части установления болезненных расстройств и их лечения располагать всем, что имеется в распоряжении внутренней дисциплины. Отсюда ясно, что каждое психиатрическое учреждение должно иметь в своем распоряжении квалифицированных специалистов разных категорий, прежде всего терапевта, и для консультации гинеколога, хирурга, офтальмолога. Всем известный трафарет в психиатрических историях болезни «Со стороны внутренних органов ничего особенного» почти никогда не отвечает действительности и закрывает дорогу для более полного исследования больного и для эффективности лечения. Устранение расстройств, связанных с соматическими недочетами, может улучшить состояние болезни по существу или по крайней мере может устранить те или другие неприятные ощущения и изменить самочувствие. Эти улучшения, ясные и самому пациенту, увеличивают доверие к лечению и к лечащему врачу, укрепляют пациента в надежде на выздоровление и создают благоприятную ситуацию для различного рода психотерапевтических воздействий. Понятна поэтому польза, приносимая физическими методами и лекарственной терапией.

Из физических методов очень большое распространение должны найти различные электрические процедуры. Так называемый статический душ очень часто назначается, как известно, больным с истерическими реакциями, но по данным псих. клиники 2 ММИ (д-р В. Г. Сочеванов) здесь как раз польза от него не особенно велика; хороший эффект от него получается при депрессивных состояниях, пресенильных психозах, отчасти при артериосклерозе. Общий д'арсонваль приносит большую пользу при церебральном артерioskлерозе и пресенильных заболеваниях. Ритмическая фарадизация дает очень хороший эффект при вялой шизофрении и депрессивных состояниях. Общие световые ванны показаны при шизофрении, так как удовлетворяют принципу выведения токсических веществ из организма. Диатермия может принести пользу при эпилепсии, при шизофрении, а также в комбинации с сальварсанным лечением при прогрессивном параличе. Ионизация головы с иодистым калием хорошо влияет на артериосклеротиков. В ряде случаев (невротические реакции, шизофрения) недурно влияет горное солнце. Нужно заметить, что показания, равно как противопоказания, к применению того или другого физического метода при определенных психозах еще недостаточно выработаны. Хорошее лечебное учреждение должно иметь в своем распоряжении рентгеновский кабинет, который может принести большую пользу не только для диагностики, но и для терапии.

Терапевтический нигилизм, царивший в течение долгого времени в психиатрии, чрезвычайно суживал рамки применения при душевных заболеваниях лекарственных и других средств. Надо указать на определенные сдвиги, происшедшие в этом направлении за последние годы. Из лекарственных веществ употребляются чаще всего н а р к о-

тические и снотворные. К первой группе относятся опи́й и его алкалоиды: морфий, кодеин, дионин, героин, а также пантопон. Они оказывают болеутоляющее, успокаивающее действие и вызывают сон. Состояние тоскливости и страха служит главным показанием для их применения. Большую осторожность надо соблюдать при назначении морфия и героина ввиду быстро вырабатывающейся к ним привычки, могущей привести к явлениям морфинизма и героинизма. К группе наркотических принадлежит также алкалоид скополамин, который употребляется иногда при резком двигательном возбуждении больных. Скополамин представляет собой сильно действующее средство; подкожное впрыскивание $\frac{1}{2}$ —1 мг его вызывает уже через 10 минут расширение зрачков, сухость во рту, жажду и затем крепкий сон. Ввиду сильно ядовитых свойств скополамина и ввиду того, что действие, оказываемое им, можно рассматривать все-таки как одну из мер стеснения больного—«наркотическое связывание», дающее к тому же неприятные ощущения, применение его в психиатрической практике должно быть весьма ограниченным.

К группе снотворных относится большое количество средств. При выборе их нужно считаться с механизмами расстройства сна в каждом отдельном случае и типами расстройства сна, которые очень различны. О. Вут различает бессонницу, сонливость, извращение сна, затрудненность засыпания, нарушение продолжительности сна, диссоциацию между мозговым и телесным сном (разговор во сне), лунатизм, частичное просыпание. Что касается механизмов действия снотворных, то одни из них действуют на кору, другие—на подкорковые узлы. В первую группу входят алкоголь, адалин, паральдегид, хлоралгидрат, бромиды, во вторую—веронал, люминал, диал. Морфий и скополамин действуют на тот и другой отделы. При выборе снотворных в отдельных случаях нужно иметь в виду, что расстройство засыпания вызывается обычно раздражением коры, а нарушения глубины и продолжительности его зависят от неправильного функционирования мозгового ствола. Назначение снотворных следует комбинировать с водолечением (ванны, влажные обертывания, последние естественно не у больных с двигательным возбуждением, в форме известного в психиатрической практике еще недавнего времени так называемых «окуток» со связыванием беспокойных больных).

Все перечисленные снотворные при длительном употреблении могут вызвать явления хронического отравления организма, что и надо иметь в виду при их применении. Хорошие результаты получаются от дробных доз веронала (0,15—0,25 3—4 раза в день) при состояниях возбуждения. Люминал, проминал (этилированный люминал) и хлоралгидрат употребляются с большим успехом при эпилепсии. Находят себе применение в психиатрической практике также соли брома, иода и кальция. Бромистые соли в форме бромистого натрия и бромистого калия, реже бромистого аммония, показаны благодаря их успокаивающему действию на нервную систему. В последнее время проявлен большой интерес к лечению шизофрении; некоторые успехи получаются при лечении больных этого рода внутривенными вливаниями 10% раствора хлористого кальция. При остром течении шизофрении, равно как других

кислорода сводится к повышению окислительных процессов в организме и улучшению обмена.

Психическое лечение больного основывается на том воздействии, которое оказывает на него вся обстановка психиатрического учреждения, моральное влияние личности врача; имеют значение особые методы, рациональная психотерапия по Дюбуа, метод психоанализа Фрейда и гипноз, о чем говорится в особой главе.

В заключение надо указать еще на один метод лечения психических заболеваний, который с каждым годом завоевывает себе все большие права гражданства,—это метод активной рабочей терапии. Впервые он был введен по инициативе Симона (Simon) в ряде германских больниц. Тумм (Thumm) сообщает о результатах этой терапии, полученных в больнице в Констанце на Боденском озере, Ильберг—в больнице Зонненштейн. Основы этой терапии сводятся к тому, что все больные, даже беспокойные, заняты каким-нибудь трудом. Количество работающих больных у некоторых авторов доходит до 98% (Тумм), у некоторых—до 87% (Ильберг).

Труд является тем могучим средством, которое активизирует более здоровые элементы психике больного, отвлекает его от бредовых идей и болезненных проявлений, делает более спокойным и улучшает физическое состояние. Активная рабочая терапия значительно уменьшает употребление снотворных и ограничивает применение постельного режима. Благоприятное влияние, которое оказывают трудовые процессы на разнообразные психические заболевания, должно способствовать тому, чтобы метод этот занял равноправное место наряду с другими терапевтическими методами.

Лечение трудом уже давно оценивалось очень высоко, в частности нашими психиатрами; новым является включение эту систему можно большего количества, почти всех больных, в том числе острых и беспокойных. Активная трудовая терапия предполагает наличие большого количества просторных помещений и специально подготовленных инструкторов.

Введение ее было значительным шагом вперед, так как облегчало уход за больными, делало их социабельными, хотя и не устраняло болезни по существу. Перенесенный в условия СССР принцип активной трудовой терапии подвергся коренной переработке в самом своем существе. Использованы были новые достижения в учении о личности, ее активности, принципе связи с коллективом. В особенности важно, что была правильно учтена роль труда не как занятия, отвлекающего внимание больного от его болезненных переживаний, но как оздоравливающего фактора. В той системе трудовой терапии, которая нашла особенно полное развитие в больнице им. Кащенко, 1 псих. б-це (П. Б. Посвянский, И. Н. Каганович, Я. П. Бугайский) в Москве, в больнице Балинского (Д. С. Светлов, А. Л. Эпштейн) в Ленинграде и в некоторых других учреждениях, были использованы мысли основоположников марксизма о роли труда, активности личности, а также идеи о важности установок на производственный труд, являющийся основой социалистического строительства. Советскими психиатрами в этом отношении более решительно и последовательно были сделаны практические выводы из теоретических построений немецких психиатров Кречмера, Мауца и Мюллера о структуре психоза и его течении. В противоположность прежним концепциям о психозах как неизменяемых сущностях с предрешенным исходом все больше устанавливается взгляд, отличный от прежнего процессуализма. Согласно ему психоз это нечто динамическое и в своем существе всегда представляет известный этап в развитии личности. При этом дефект, который нередко обнаруживается с течением времени, не есть что-то неиз-

бежное, фатальное, как принимали раньше для целого ряда случаев, а должен считаться искусственным продуктом, образовавшимся в результате неправильных подходов и прежде всего в результате пассивного отношения со стороны врача. При таких условиях ясно, какое большое значение имеет в известный период болезни применение активных методов лечения, имеющих целью помочь личности восстановить свою социальную ценность, вытеснив или закапсулировав те нарушения, которые могут остаться в результате болезненного процесса. При лечении душевнобольных большую помощь приносят также физкультура, ритмика и культурная работа с больными.

V. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

16. ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Изучение душевного расстройства, в частности причин и условий его развития, имеет целью выработку наиболее рациональных мер борьбы с нервно-психической заболеваемостью, которая в идеальных планах лучшего будущего должна была бы подлежать полному уничтожению. Широкие рамки психиатрии, сложность и трудность психиатрических проблем, неразработанность многих основных вопросов клинической психиатрии являются причиной известной гипертрофии внимания к той ее части, которая имеет дело с теоретическим изучением, и заслоняют в ней собственно лечебную и профилактическую стороны. Такое положение дела объясняется, с одной стороны, унаследованным от прошлого и еще не изжитым скептицизмом по отношению к тому, что может сделать психиатрия в смысле лечения, с другой — большой разобщенностью ее, о которой можно говорить и в настоящее время, с общей медициной. Должна быть создана особая дисциплина — п с и х о г и г и е н а, которая должна заняться разработкой и систематизацией правильных сведений о наиболее рациональных условиях деятельности нервной системы, обеспечивающих возможно долгое сохранение ею здорового строения ■ работоспособности с главной целевой установкой охраны нервно-психического здоровья широких масс трудящихся, его укрепления и предупреждения нервно-психических заболеваний на основе радикальных изменений труда и быта. При этом изучение должно быть не самоцелью, а только отправным пунктом для активной борьбы за здоровую нервную систему, другими словами психогигиена должна не только идти рука об руку с п с и х о п р о ф и л а к т и к о й, но и сливаться с ней. Эта работа должна быть до известной степени синтезом деятельности врача-психоневролога, в собственном смысле и гигиениста, достаточно вооруженного всеми знаниями, необходимыми для того, чтобы требования, выставляемые психиатрами, координировались с общей медициной и гигиеной и могли дать одну цельную систему психосанитарных мероприятий. Нужно изменить теперешнее положение дела, когда врачи-психиатры в большинстве случаев являются в своей деятельности главным образом лечебниками, а гигиенисты не обладают в достаточной мере психиатрическими сведениями. Следует впрочем сказать, что психиатрия в лице своих наиболее крупных представителей давно уже обнаруживает достаточно широкий горизонт и ясное понимание задач психопрофилактики. Например в руководстве по психиатрии покойного С. С. Корсакова, написанном 30 лет назад, дана настолько полная программа профилактических мероприятий, что выполнение многого из того, что в ней было намечено, началось только со времени Октябрьской революции, а полностью она неосуществлена и теперь. Пример С. С. Корсакова далеко не является единственным; психиатры, не ограничивающие пределов своей деятельности психиатрическими больницами и обнаруживающие достаточно глубокое понимание положения дела, всегда были и общест-венными деятелями. Они понимали, что сколько-нибудь успешная борьба с нервно-психической заболеваемостью немыслима без изменения самих условий жизни и работы, вообще социальных отношений. Поэтому понятно, что выполнение системы мероприятий, хотя бы и абсолютно необходимых и ясных в своей сущности с психиатрической точки зрения, предполагающих однако изменение всех общественных отношений, возможно лишь при

условии согласованности подобных мероприятий с поступательным ходом общественного развития. Психиатр должен все усилия прилагать к тому, чтобы возможно шире распространять психологические сведения и особенно стремиться к тому, чтобы они были учтены также и деятелями, от которых зависит изменение уклада жизни. Великие социальные реформаторы были в то же время и большими психологами, часто интуитивно понимавшими движущие людьми пружины, умевшими учесть и психологию масс. Не только нервно-психическое оздоровление населения, но и гармоническое развитие общества в целом требуют при проведении социальных реформ знания психологии как отдельных индивидуумов, так и целых коллективов и учета особенностей строения и функционирования нервной системы.

Нервная система, в частности головной мозг, являющийся носителем нервно-психической деятельности, представляет сложный по своему строению и в то же время очень чувствительный и легко ранимый орган, нормальное функционирование которого требует для себя определенных условий. Обыкновенно недостаточно ясно сознается, что мозг, как и организм в целом,—это сложный и хрупкий аппарат, своего рода машина, требующая за собой очень тщательного ухода и необычайно бережного отношения. Между тем редко человек обращается так небрежно и легкомысленно с какой-нибудь машиной или инструментом, как со своим телом и здоровьем.

Выяснением наиболее благоприятных условий деятельности нервной системы, вопросами ее питания, работы и отдыха, утомления, особенностями ее реакции на изменение внешних условий и должна заниматься нервно-психическая гигиена. Профессиональная работа, ее условия, те или иные зависимости и связи с коллективом—все эти обстоятельства являются существенно важными для человека, существа социального и члена коллектива.

Ввиду этого в гигиене видное место должна занимать гигиена труда, а что касается взаимоотношений с коллективом, то на первое место должно быть поставлено выяснение оптимальных условий социальных отношений. Нервно-психическая гигиена, ■ идеале ставящая себе задачей выработку таких условий жизни и труда, которые исключали бы всякую мысль о какой-либо патологии, конечно выходит за пределы собственно психиатрической работы. Психиатр обязан разрабатывать психогигиенические проблемы, если не хочет ограничиться только лечением и должен работать ■ этих областях рука об руку с общественным деятелем, с невропатологом, интернистом и гигиенистом вообще. Если иметь ■ виду представление о психиатре в обычном смысле, то он должен до известной степени перестать быть собой; это похоже на парадокс, но такое расширение задач психиатрии является логически неизбежным.

Большое значение имеет вопрос о предохранении мозга от каких-либо неблагоприятных физических воздействий, вопросы питания и его и в частности кровообращения.

Хотя череп является сравнительно серьезной преградой для каких бы то ни было неблагоприятных воздействий, но все же нередко преграда эта оказывается недостаточной. Не говоря уже о грубых механических повреждениях, нарушающих целостность черепа и самого вещества мозга, относящихся собственно к патологии и дающих непосредственные результаты в виде изменения нервно-психической деятельности или какие-нибудь последствия (симптомы слабоумия, явления местного раздражения, судорожные припадки), сказывающиеся спустя более или менее значительное время, речь может идти и о незначительной, но длительной травматизации, действие которой может сказаться не сразу. Это относится главным образом к лицам физического труда, которые должны носить значительные тяжести на голове, или вообще работникам, как-нибудь иначе травмирующим свою голову. Последняя должна быть свободна также от таких воздействий,

как да
(каски
у служ
Ра
наруша
значен
лоссал
считат
в боль
функци
где ре
ных ф
в орга
точной
ной пе
крово
вающи
проист
дыха п
должен
хорош
а к ни
не дол
нения
вообра
мой ра
работ
должен
гих лю

К
носят
Поми
ви, и
от со
в смь
шего
Если
никак
одно
ляющ
своей
по ко
не д
что д
ни ко
питат
но-по
тельн
шние
знач
Е
рах
и не
вита
же п
систе

как давление не вполне подходящих по размерам тяжелых головных уборов (каска пожарных) или каких-либо специальных аппаратов (например у служащих на телефонных станциях).

Различные механические моменты могут более или менее значительно нарушать и кровообращение, правильность которого имеет очень большое значение. Для правильного функционирования нервной системы имеет колоссальное значение вопрос о достаточном снабжении ее кровью. Если нужно считать общим правилом, что каждый функционирующий орган нуждается в большом притоке питательного материала, то в особенности эти явления функциональной гиперемии имеют место по отношению к головному мозгу, где речь может идти о гиперемии не только всего органа, но даже отдельных функционирующих в данный момент частей. Ввиду того что крови в организме не так много, чтобы ею одновременно были снабжены в достаточной мере для интенсивного функционирования все органы, для нормальной психической деятельности имеет большое значение, чтобы правильное кровоснабжение мозга не было чем-либо нарушено и не было причин, вызывающих усиленный приток крови к каким-нибудь другим органам. Отсюда проистекает известное требование более или менее продолжительного отдыха после еды, который необходимо сделать, прежде чем приступить к продолжению работы, в особенности умственной. Работа только тогда идет хорошо и дает удовлетворение, когда она протекает в наилучших условиях, а к ним прежде всего относится достаточное кровоснабжение. Последнее не должно нарушаться также какими-либо психическими моментами, волнениями или отвлечениями внимания в сторону. Оптимальные условия кровообращения даются тогда, когда внимание всецело поглощено производимой работой и ничем не отвлекается в сторону. Поэтому человек во время работы не только не должен быть утомлен или взволнован, но ничем не должен быть обеспокоен, например присутствием большого количества других людей, шумом и криками в соседних помещениях.

Кровоснабжение имеет значение потому, что с током крови приносятся питательные вещества и необходимый для тканей кислород. Помимо количественной стороны, именно достаточного притока крови, имеет значение ее состав, который в значительной мере зависит от состава пищи. Последняя часто учитывается главным образом в смысле калорийности, которая меняется в зависимости от большего или меньшего богатства пищи белками, жирами и углеводами. Если учитывать только количество калорий, потребляемых работниками различных профессий, то окажется, что в длинном ряду, на одном конце которого стоит ничего не делающий человек, потребляющий калорий сравнительно мало, а на другом — косец ■ разгаре своей интенсивной работы, человек, занятый умственным трудом, по количеству затрачиваемых калорий почти не отличается от ничего не делающего. Отсюда было бы неправильно делать заключение, что для успешности нервно-психической работы не имеют значения ни количество пищи ни ее характер. Имеются определенные группы питательных веществ, действующих особенно благоприятно на нервно-психическую деятельность. К ним можно отнести вещества растительного происхождения, фрукты и овощи, в особенности томаты, шпинат, а также рыбу, икру, яйца и молочные продукты. Имеет значение богатство витаминами.

Если иметь в виду, что при всех авитаминозах, например при рахите, скорбуте, бери-бери, более или менее резко расстраивается и нервная деятельность, то понятно, что стимулирующее действие витаминов сказывается и на деятельности нервной системы. По этой же причине нужно считать очень подходящим для питания нервной системы рыбий жир; он, обладая большой калорийностью, содер-

жит большое количество витаминов и в особенности антирахитического витамина. По этой же самой причине можно особенно рекомендовать икру. Она так же, как и яйца, именно желток, заслуживает внимания по своему богатству фосфором. Последний считается средством, укрепляющим и тонизирующим нервную систему. Выражение «ohne Phosphor keine Gedanken», ведущее свое происхождение от времен Бюхнера и Молешотта, схематически указывает на ту роль, которую фосфор играет в физико-химических процессах, протекающих в нервной системе. Усиленное выведение его с мочой — явление, точно доказанное как по отношению к патологическим случаям с более или менее значительными разрушениями нервных элементов, так и к состояниям напряженной интеллектуальной работы. Не вполне ясен вопрос о значении мясной диеты. Опыт Востока, именно китайцев и японцев, показывает, что весьма продуктивная психическая работа возможна при исключительно растительном питании, именно рисом. Диета европейского человека включает мясо как нечто обязательное и иногда в очень большом количестве; до известной степени считается целесообразным, что иногда мясо употребляется в недожаренном, почти сыром виде, если иметь в виду, что нагревание до высокой температуры убивает витамины. Известно, что на севере лучшим средством от цынги считается свежая кровь только что убитых животных. Но нужно думать, что диета современного культурного человека грешит более или менее значительным избытком мяса. Обилие экстрактивных веществ не может считаться полезным, особенно если иметь в виду дичь, не всегда свежее или копченое мясо, солонину, колбасы и мясные консервы. Нельзя отрицать, что принимаемые в ограниченном количестве известные экстрактивные вещества могут тонизировать и возбуждать нервную систему, но большое количество их во всяком случае вредно. Вопрос о наиболее пригодных для питания нервной системы веществах и в частности наиболее целесообразной диете для лиц, занимающихся научной работой, был предметом специальных исследований, причем общее заключение именно такое, что здесь в особенности должно быть обращено внимание не на количественную, а на качественную сторону, богатство фосфором, витаминами, а также на вкусовую сторону и самую форму приготовления пищи. Кроме небольших количеств мяса, предпочтительно белого, рыбы, особенно рекомендуются: икра, свежие овощи, фрукты, виноград, а также шоколад.

Достаточное по количеству и вполне подходящее по качеству питание является одним из самых существенных условий хорошего функционирования вообще и в частности производительности труда и связанного с этим хорошего самочувствия. Это относится конечно ко всему организму, но в особенности к нервной системе, являющейся очень чувствительным реагентом. При этом следует отметить одно очень важное обстоятельство, специально характеризующее нервную систему: пониженное питание не сразу ослабляет интеллектуальную работоспособность, но может быть причиной временного состояния некоторого подъема производительности. Этот подъем не может продолжаться долгое время, и вслед за ним, если не будет принято во-время соответствующих мер, наступает трудно восстанавливаемый упадок как результат нервного истощения.

Для того чтобы питание нервной системы, как и всего организма, было на высоте, необходимо внимательное отношение к соматическому здоровью и в частности к состоянию желудочно-кишечного тракта. Прежде всего большое значение имеет хорошее состояние полости рта и особенно зубов. С полным основанием санация, т. е. приведение всех зубов в полный порядок, который при этом поддерживается длительным наблюдением, считается одним из необходимых звеньев в цепи профилактических мероприятий, входящих в круг деятельности детских профилактических амбулаторий. Эта санация такое же большое значение имеет конечно и для взрослого. То же следует сказать относительно желудка и регулирования кишечника. В клинике постоянно приходится наблюдать неблагоприятное влияние запоров в смысле ухудшения настроения, частые неполадки со стороны кишечника у меланхоликов, случаи возбуждения у паралитиков, которые иногда купируются слабительным или клизмой. Если вспомнить факты и соображения, приводимые И. И. Мечниковым в его «Этюдах оптимизма», то понятно, что вопрос о регулировании кишечника, в частности предупреждения в нем процессов брожения,—не такое малозначительное явление, чтобы им можно было пренебрегать.

Конечно такое регулирование легче и целесообразнее всего может быть достигнуто соответствующей, преимущественно растительной, богатой фруктами и овощами диетой.

Обычно упускается из виду еще одна сторона: именно обстановка и условия, в которых принимается пища. Чрезвычайно важно, чтобы это делалось не наспех, чтобы пища как следует прожевывалась, чтобы человек не был при этом особенно утомлен, взволнован и ничем не отвлекался. Не нужно забывать, что имеют значение и вкусовая сторона, внешний вид, сервировка и вся окружающая обстановка, в которой происходит питание. Занятый человек очень грешит в этом отношении. Он обычно старается возможно скорее, часто на ходу, оторвавшись на минуту от работы, набить чем попало свой желудок и опять приняться за дело. Мысль о том, чтобы позаботиться о своем питании,—повкуснее и получше, попокойней поесть,—совершенно ему несвойственна.

Нужно всячески распространять убеждение, что хорошо приготовленный и в спокойной обстановке съеденный обед,—не роскошь, не буржуазный предрассудок, а одно из существенных требований нервно-психической гигиены.

Здесь опять полезно обращение к данным клиники. Опыт показывает, что возбужденного больного очень часто удается быстро успокоить, накормив его. Если в часы перед обедом и ужином в психиатрических больницах обычно резко увеличивается возбуждение, то это только утрированное выражение нормальных отношений: хорошее и регулярное питание—необходимое условие хорошего самочувствия, продуктивности умственного и всякого другого труда и долгого сохранения нервно-психического здоровья.

К питанию относится также и вопрос о достаточном снабжении мозга кислородом, связанный с вопросом о пребывании на свежем воздухе. Эта сторона у нас также очень часто игнорируется. На физкультуру, предполагающую именно пользование для разного рода упражнений светом, солнцем, воздухом, стали обращать внимание только при Советской власти.

Жилище

Здесь приходится считаться с действием еще сохранившихся в некоторых местах не совсем благоприятных жилищных условий. Помимо большой опасности развития разного рода инфекций нужно иметь в виду более или менее их тяжелые последствия для общего состояния. Они конечно особенно сказываются на развивающемся организме, в связи с чем стоит частое развитие у детей золотухи, туберкулеза, рахита и реакции со стороны нервной системы.

Помимо частых головных болей, головокружений, тошноты, явлений раздражения со стороны дыхательного аппарата она может выражаться самыми различными симптомами.

Например по новым работам раздражающее действие разлагающихся частиц эпидермиса человеческой кожи может быть тем аллергическим моментом, который дает бронхиальную астму. Дурное влияние спертого воздуха говорит о том, что длительное пребывание на свежем воздухе вместе с увеличением кубатуры помещения и лучшей вентиляцией его должно действовать в высшей степени благоприятно во всех отношениях. Здесь к влиянию воздуха как такового и содержащегося в нем озона присоединяется действие солнечных лучей, значение которых до сих пор не оценивается во всей полноте. Если климатом и прежде всего более или менее ярким солнцем объясняется разница в характере и темпераменте веселых, экспансивных южан и хмурых серьезных северян, если все больше представляется доказательств, что биологические процессы, протекающие в организме, находятся в зависимости от космических влияний и прежде всего от тех, которые исходят от солнца, то ясна огромная роль солнечных лучей и для жизни нервной системы. Как нужно думать, здесь особенную роль играют ультрафиолетовые лучи. Поэтому даже пребывание в большой, хорошо вентилируемой, часто освещаемой солнцем, но застекленной комнате не может заменить пребывание на солнце, так как стекло задерживает значительное количество лучей этого рода. В Америке проводились опыты постройки домов с окнами из стекла, приготовленного таким образом, чтобы возможно больше пропускалось ультрафиолетовых лучей. Не говоря о большой дороговизне таких стекол, все же они не могут заменить непосредственного действия солнечных лучей.

Нужно всячески бороться не только за большие, светлые, хорошо вентилируемые помещения для широких масс населения, но и пропагандировать необходимость возможно большего пребывания на солнце не только для прогулки, но и всегда и везде, где это только можно. Работа на открытом воздухе на солнце всегда продуктивнее, чем в закрытом помещении. Отсюда — полезное действие детских и других площадок, школ на открытом воздухе. Не говоря о благоприятном действии пребывания на солнце в смысле подъема настроения, повышения общей продуктивности труда, можно утверждать, что один час умственной работы после долгой прогулки даст больше, чем корпение несколько часов над книгой в тесном душном помещении. Забота о физическом здоровье вообще является одной из существенных сторон нервно-психической гигиены. К давно известному *mens sana in corpore sano* патология могла бы очень много прибавить фактов, представляющих, так сказать, повторение в негативной форме того же положения. Не только вполне выраженное душевное расстройство является общим заболеванием, при котором страдает как центральная нервная система, так и весь организм, но и самые начальные, только что намеченные расстройства тесно связаны с соматикой. Можно даже сказать, что именно эти слабо выраженные явления, к которым относится большая часть того, что определяется врачами как общая нервность, представляют обыкновенно только реакцию нервно-психической сферы на те или другие неполадки в телесном здоровье. Туберкулез легких почти всегда сопровождается изменением самочувствия, неустойчивостью и повышенной возбудимостью, и это относится не только к вполне сложившимся формам, но даже и к скрытым. Можно определенно говорить об особой форме нервности, вызываемой туберкулезной интоксикацией. Во многих случаях приходится наблюдать в связи с развивающимся туберкулезом более значительные изменения характера, иногда с появлением замкнутости, недоверчивости, своего рода шизоидирования личности. То же относится и к другим инфекциям, как к хроническим, так и острым. Общее ослабление организма, чем бы оно ни было вызвано, делает его более ранимым, менее устойчивым в борьбе с различными вредностями и как бы создает условия физической готовности для развития невротических реакций.

Из сказанного ясно, какое большое значение имеют выставляемые теперь и проводимые в жизнь требования ф и з к у л ь т у р ы. Есте-

ственно, что заботы в этом отношении должны прилагаться возможно раньше, именно с детства, так как основы здоровья вообще и нервно-психического в частности закладываются очень рано. Полезна система закаливания, которая должна иметь в виду не только повышение сопротивляемости к различным физическим агентам, например к охлаждению, к инфекциям, но и к психическим моментам. Различные случаи из патологии, особенно детского возраста, ясно показывают, что совершенно искусственно из-за неправильного подхода родителей может быть развита особенная нервная чувствительность, вследствие которой ребенок легко может сделаться игрушкой различных неблагоприятных внешних моментов. Заботливая, но не имеющая достаточного опыта, мать часто оказывает чересчур горячее сочувствие маленьким неприятностям в жизни ребенка, плачет над ним, когда он ушибется, жалостно причитывает над ним ■ фиксирует без нужды внимание ребенка на неприятных переживаниях, развивает в нем плаксивость и повышает общую чувствительность. И, с другой стороны, естественно, что система игнорирования боли, будет ли то чисто физическая боль или психические переживания, вызванные какими-нибудь жизненными осложнениями, может существенно понизить травматизирующее значение таких моментов и сделать человека более крепким ■ выносливым в борьбе с жизненными невзгодами.

Гигиена половой жизни

Громадную роль в нервно-психической гигиене играет правильное разрешение вопросов сексуальной жизни. Именно здесь даже как будто незначительные отклонения ведут к тяжелым нервным расстройствам, и здесь в особенности гигиена должна начинаться с самого детства.

Основными руководящими моментами нужно считать, что сексуальные влечения выявляются значительно раньше созревания полового аппарата в полном виде и что задолго до появления вполне оформленных сексуальных стремлений обнаруживаются имеющие к ним тесное отношение неопределенные влечения, чувствования, в которых нет ничего прямо сексуального. Благодаря Фрейду мы знакомы с явлениями инфантильной сексуальности, элементы которой можно видеть в чувстве любви ребенка к отцу или матери, в любопытстве к своему телу, в интересе к строению половых органов—во всем, что известно в качестве проявлений сексуального любопытства. В смысле проявления ранней, хотя и неоформленной сексуальности должны быть истолкованы частые случаи мастурбации, возможные у совсем маленьких детей. Раннее пробуждение полового влечения в периоде, когда невозможно их адекватное удовлетворение, является частым источником различных нервных явлений. Поэтому следует всеми мерами стремиться к тому, чтобы, противодействуя развитию чувствительности вообще, избегать всего того, что может пробудить в ребенке хотя и неоформленную сексуальность. В этом отношении опасно относиться к ребенку с чересчур большой нежностью, горячо прижимать его к себе, как нередко делают матери, страстно целовать; поцелуев в губы вообще следовало бы избегать; не следует также

щекотать детей, что нередко делается для собственной забавы или из желания развлечь ребенка. Такое же значение имеет требование, чтобы ребенок имел отдельную постель и не спал в одной кровати с матерью или со своими братьями и сестрами. Особенно тщательно нужно оберегать ребенка от знакомства с половыми отправлениями взрослых. Он должен расти и развиваться среди интересов, соответствующих его возрасту, и в обстановке, доступной его пониманию.

Все непонятное пугает и волнует его, и в особенности это относится к сексуальным актам. Если даже считать, что роль сексуальных травм по отношению к детскому возрасту и преувеличивается сторонниками Фрейда, все же значение их огромно. Психоанализ показывает, как поражается воображение ребенка, когда он оказывается невольным зрителем любовных отношений между взрослыми, и какую роль играют эти переживания в генезе развивающихся на этой почве невротических состояний.

Еще больше опасности, когда ребенок сам делается объектом каких-нибудь сексуальных манипуляций над ним взрослых или более старших детей и подростков.

С точки зрения нервно-психической гигиены большое значение имеет правильное разрешение вопросов сексуального просвещения. Прежняя система, когда отношение полов, условия зачатия и рождения покрывались тайной не только для подростков, но даже и для молодых людей, в особенности для девушек, осуждена и уступила место принципам полового просвещения. В том возрасте, когда естественно возникновение таких вопросов, откуда берутся дети, полезно сообщение сведений о размножении у растений и животных, самых общих данных о соответствующих процессах, имеющих место у человека. Это, во-первых, снимает с области половых отношений ореол чего-то таинственного, а потому заманчивого, а с другой — предупреждает нежелательные последствия, когда подросток сам будет искать ответов на свои вопросы у более опытных товарищей, или из чтения случайно попавшихся книг. В этих случаях более чем вероятно, что он получит одностороннюю и совершенно неправильную информацию.

Нужно всячески бороться с вредным влиянием неподходящей литературы, которая, давая неверное освещение различных вопросов, относящихся к половой жизни, часто дает повод к неправильному пониманию, иногда прямо травмирует. Это прежде всего относится к так называемой популярной литературе, касающейся мастурбации («Онанизм и его последствия», «Грехи молодости» и пр.). В ней обычно из похвального намерения предостеречь от онанизма и заставить бросить его тех, кто с ним уже познакомился, в чересчур ярких красках описывается его вред, последствия для памяти, усиленно подчеркивается его роль в происхождении нервно-психических заболеваний и пр. Нельзя отрицать, что продолжительное и упорное занятие онанизмом представляет явление безразличное для нервной системы, но вред его чрезмерно преувеличивается. Главная опасность его в том, что удовлетворение потребности, став привычкой, завися только от мастурбанта и не требуя содействия других, может быть очень частым и повести к чисто физическому истощению. Безразличны также и те усилия воображения, которые делает над собой мастурбант, выполняя свой акт и представляя при этом какую-нибудь иную ситуацию. Большинство случаев мастурбации, которую можно констатировать едва ли не больше чем у половины всех детей и подростков, относится к случайным и скоро проходящим

явлениям, не оставляющим после себя каких-нибудь последствий. Случаи серьезных и даже психических расстройств, о которых приходится читать и слышать как о явлениях, вызванных онанизмом, относятся к субъектам, у которых эти расстройства развились на другой почве, причем самая мастурбация является не причиной, а следствием их. Подросток, узнавший из какой-нибудь популярной книжки, что он является мастурбантом и что мастурбация ведет к тяжелым последствиям, вплоть до душевного расстройства, несомненно прежде всего будет травмирован полученными им сведениями и, не будучи ■ состоянии более или менее сразу отстать от своей привычки, будет мучить себя угрызениями совести, будет находить у себя ослабление воли и другие явления, о которых он вычитал, и мало-помалу может создаться ситуация, очень способствующая зафиксированию болезненных явлений. Санпросвещению, важность которого ставится особенно высоко в последнее время, предстоит очень много работы. Нельзя отрицать ценности различных популярных книг ■ брошюр, но в очень многих из них дается не вполне соответствующее освещение затрагиваемых вопросов, не говоря уже о том, что в них нет должного единства. Сексуальное просвещение таким образом имеет громадное значение, но к нему нужно относиться очень осторожно. То же можно до известной степени сказать относительно некоторых научных монографий, даже принадлежащих перу крупных ученых, например о книге Фореля «Половой вопрос», Крафт-Эбинга «Половые извращения» и др. Изложение предмета ■ них конечно является строго научным, но оно рассчитано на людей, получивших специальное образование. Благодаря этому неподготовленным читателем могут быть неверно поняты отдельные места с тем же эффектом, как и от чтения неподходящей литературы. Тем более в интересах охраны нервно-психического здоровья следует обратить внимание на издание таких книг, ■ которых изложение было бы не только научно, но ■ при правильном освещении предмета достаточно понятно не только для врачей.

Для нормального состояния как физического, так и нервного здоровья необходимо, чтобы все потребности организма находили естественное удовлетворение. Это как общее правило относится и к половой жизни. Но имея в виду, что половое влечение проявляется обычно раньше, чем достигается полная зрелость соответствующего аппарата, следует предостерегать от слишком раннего начала половой жизни. Нельзя считать нормальным явлением, когда с половым актом практически знакомы подростки 16, 15 даже 14 лет и раньше. Конечно более или менее полная физиологическая зрелость наступает индивидуально различно, но все же можно считать, что половая жизнь ранее 17—18 лет с точки зрения нервно-психической гигиены представляет нежелательное явление. То же относится к различным эксцессам, которые представляют очень частое явление. Половой акт можно считать нормальным явлением, когда он следует за естественно возникшим влечением, не вызван какими-нибудь искусственными возбуждателями, например вином, чтением литературы чересчур легкого содержания, соответствующими разговорами. Следует помнить о правиле, данном проф. В. Ф. Снегиревым: если coitus совершается без всякого понуждения перед отходом ко сну, после трудового дня, он совершенно нормален; coitus после сна и утренний—всегда эксцесс. Вполне нормальной с точки зрения нервно-психической гигиены нужно считать такую форму полового сближения, когда ничего не делается для предотвращения его естественной цели—зачатия. Все противо-зачаточные средства не могут считаться безразличными, даже механические или химические. В особенности следует предостерегать от таких отступлений от нормального полового акта, когда во избежание зачатия он прерывается раньше времени. Патология указывает,

что такой *coitus interruptus* может повести к различным невротическим расстройствам, в частности к состояниям навязчивого страха.

Очень важно, чтобы половой акт давал полное психическое и физическое удовлетворение. Отсутствие его у той или другой стороны может повести к различным нервным явлениям. Это в особенности нужно иметь в виду, когда половое сближение только возбуждает, но не удовлетворяет. Последнее нередко имеет место у женщины, когда партнер ее страдает слабостью потенции или, что бывает особенно часто, *ejaculatio praecox*. С другой стороны, продолженный *coitus*, так называемый *coitus prolongatus*, производимый для того, чтобы и другая сторона (обычно женщина) получила удовлетворение, также опасен. Идеальными для нервно-психического здоровья нужно считать такие условия, когда в равной мере и одновременно удовлетворенными оказываются обе стороны. При этом нужно иметь в виду не только чисто физиологическое удовлетворение, но и психическое, достигаемое, когда оба партнера ■ любви не только физически и физиологически подходят друг к другу (*Sympathie d'épiderme* французов), но когда их влечет друг к другу и в других отношениях, или по крайней мере они не противны друг другу.

Чрезвычайно существенным нужно считать вопрос, является ли для нервного здоровья необходимой половая жизнь ■ в какой мере вредно половое воздержание.

Несомненно, что наиболее нормальные отношения—это те, при которых жизнь человека течет наиболее полно, когда все стороны ■ ней развиты более или менее гармонично и когда все естественные влечения, из которых половое является одним из самых сильных, находят соответствующее удовлетворение. Для утверждения своей личности, для более полного выражения сознания своего «я» имеет значение и то, что половая жизнь дает возможность человеку чувствовать себя источником других жизней, тесно связанных с ним. Но слишком поспешно было бы делать вывод, что половое воздержание вредно всегда и при всяких условиях. Здесь очень много конечно приходится считаться и с индивидуальными отличиями. Нередки случаи полного полового воздержания в течение всей жизни без того, чтобы наблюдались какие-нибудь изменения в нервно-психическом здоровье, которые можно было бы связать с этим моментом. Интенсивность сексуального влечения очень различна, и бывают случаи, когда вполне крепкие люди долгие периоды не имеют сношений и не чувствуют себя от этого хуже. Но при интенсивном половом влечении отсутствие удовлетворения может сопровождаться неприятным самочувствием, иногда может быть причиной повышенной нервности, дурного сна и т. п. Особенно это может наблюдаться в период наибольшей половой активности. Полное воздержание в таких случаях опасно и потому, что может быть причиной мастурбации. Безусловно вредно, если половое возбуждение, усиленно вызываемое какими-нибудь особыми обстоятельствами, не находит себе соответствующего удовлетворения.

Нет оснований думать, что половое воздержание может быть причиной более тяжелых расстройств или даже психоза само по себе. По этому вопросу в обществе и даже в медицинских кругах существует много недоразумений и заблуждений. Очень распространено мнение, что причиной душевного расстройства является неудовлетворенность в половом отношении. Нередко заботливые родственники даже женят или выдают замуж молодых людей, начинающих обнаруживать признаки душевного расстройства. Такие терапевтические браки особенно часто устраивались в деревнях. И здесь, как во многих других случаях, приходится считаться с тем, что следствие принимается за причину. Как можно считать точно выясненным, гормональ-

ность половых желез при раннем слабоумии бывает обычно очень понижена, что и является причиной слабо выраженного сексуального влечения, поэтому же у таких больных обычно отсутствует половая жизнь. При оценке значения полового воздержания для нервно-психического здоровья нужно считаться также с вопросом о сублимации, т. е. перехода низших рядов энергии в высшие, в данном случае переключении сексуальной энергии на повышенную деятельность в других направлениях. Данные патологии учат, что не нашедшее себе удовлетворения половое чувство может быть изжито при направлении в другое русло, может выразиться например в особенно любовном выполнении обязанностей сестры по уходу за больными, усиленном умственном или художественном творчестве. Нельзя представлять себе дело в такой упрощенной форме, что между сексуальной жизнью и умственным творчеством существуют обратно пропорциональные отношения: чем больше одно, тем меньше другое, и наоборот. Период наибольшей половой активности обычно совпадает с наиболее кипучей и продуктивной деятельностью во всех направлениях. Можно думать, что гормоны половых желез повышают общую активность сами по себе или стимулируя другие гормоны. Пример легких форм маниакально-депрессивного психоза показывает, что вместе с повышением сексуальной возбудимости идут ■ повышенная работоспособность и стремление к деятельности. Это относится в особенности к случаям циклотимии. Можно указать на Гете, у которого жизнь проходила периодами подъема и упадка, типическими для циклотимии. При этом периоды наиболее продуктивного творчества у него совпадали с повышением сексуальности, с склонностью влюбляться со всей страстью, свойственной только юности, причем последний такой период у него был в 70-летнем возрасте. Об активирующем действии сексуальных гормонов на работоспособность можно судить на примере кастратов. Хотя умственные способности их как таковые не страдают сколько-нибудь значительно, все же им недостает стремления к деятельности, энергии, мужества. Мебиус определенно говорит, что у кастратов не наблюдается художественных дарований.

Все сказанное делает особенно необходимым в интересах нервно-психического здоровья соблюдение правил половой гигиены. Сексуальная энергия является настолько ценной, что она не может расточаться без разбора. Следует беречь всячески нервную систему от слишком раннего пробуждения сексуальных стремлений и от ранней половой жизни. В особенности вредной оказывается половая жизнь при недостаточно сформировавшемся половом аппарате и не сложившемся еще организме. Именно ■ переходном возрасте нужно стремиться к тому, чтобы не было ненужных трат нервной энергии и чтобы она вся шла не на сторону, а на более полное и гармоничное формирование организма. Без оговорок может быть разрешаема половая жизнь тогда, когда она может привести к совершенно нормальному деторождению, что обычно может иметь место только после 18—19 лет. Не должно быть излишеств и после. Не должно быть искусственных возбудителей для сексуальности. Половая жизнь не должна быть самоцелью и служить только средством наслаждения. Она должна быть только одним из элементов полной, гармонически развитой и деятельной жизни и естественно должна вести к деторождению. Умеренность в половом отношении должна быть лозунгом нервно-психической гигиены.

Психогигиена труда

Чрезвычайно существенным с точки зрения нервно-психической гигиены является вопрос об общем устройстве жизни индивидуума и связанный с этим вопрос о труде. Поскольку последний является тем основным, что дает человеку право как на существование,

так и на определенное положение в окружающем мире, он является центром, вокруг которого укладывается вся жизнь человека с его интересами, заботами, надеждами и опасениями. В зависимости от характера и условий труд может быть причиной того, что вся жизнь будет непрерывной цепью невыносимых страданий, в лучшем случае будет полна скуки и отвращения, или же труд может быть источником радости, которой будет проникнуто все существование. Труд по существу должен быть приятным и радостным. Человек при нормальных условиях не может не стремиться к тому, чтобы его энергия была на что-либо направлена, чтобы его мускулы или мозг не бездействовали. Правильно смотрели на положение дела древние греки, когда в произведениях, воспевающих их героев, они говорили «что они насыщают трудом свои руки», полагая, что труд—такая же потребность рук, как еда—потребность желудка. Труд—это то, что укрепляет организм, стимулирует его к повышенной деятельности, тонизирует нервную систему, безделье—это то, что расслабляет мускулы, ведет к общему ожирению, к расслаблению, вялости и скуке. Но чтобы труд был именно таким, нужны определенные условия. Прежде всего он должен быть не только неподневольным, но и свободно выбранным и соответствующим особенностям психофизического склада отдельного человека. Не может быть радостным и ведущим к здоровью труд китайского кули и вообще рабов всех цветов и всех времен, как не мог быть укрепляющим и оздоравливающим труд наших крестьян во времена крепостного права. Безысходная тоска, которая так часто слышится в русской народной песне, несомненно навеяна тяжелыми условиями жизни и работы, ■ которые были поставлены рабочие и крестьяне за всю свою прошлую историю до Октябрьской революции.

Здесь имеет значение не столько непомерная тяжесть труда, связанная с тяжелым физическим истощением, сколько то, что он является подневольным, причем плоды его меньше всего достаются тем, кто работает. В понятие «каторжный труд», являющееся олицетворением чего-то особенно невыносимого, входит не только представление о его тяжести, но и сознание, что он не нужен, бессмыслен с точки зрения интересов трудящегося. Раскрепощение крестьян как таковое имело известное значение, но по существу оно мало изменило положение дела, так как почти безземельный крестьянин остался в той же зависимости от помещика. Передача всей земли, равно как фабрик и заводов всем трудящимся представляет радикальную реформу, совершенно по-новому ставящую проблему труда. Труд перестает быть каторжным, подневольным и приобретает в глазах трудящихся совершенно новые, понятные им смысл и значение.

Чтобы условия труда были вполне идеальны, нужна точная его дозировка, соответствие силам работника; нужно также, чтобы труд был ему приятен, соответствовал бы его способностям и интересам. Одна из частых причин нервности—то, что человек делает не свое дело, ведет работу, которая его не удовлетворяет по своему характеру, именно потому, что она—не та, которая могла бы быть более всего пригодной для него по особенностям его психофизической организации. Часто это происходит оттого, что человек не успел еще достаточно себя узнать и определить тот род деятельности, для которого

он ро
ности
рано
ская
знач
Гора
зани
чтоб
мест
кото
ше в
Р
му
отве
З
испы
ског
ност
край
ное
спе
рабо
хоте
зани
стям
С
имен
нием
для
отст
У
лабо
ских
подх
про
чтоб
кото
бол
В ла
тута
рей
ход
опр
А. I
дела
деся
гут
ход
Ков
впо
отри

он рожден. Это тем более может иметь место, что некоторые способности выявляются далеко не сразу. В противоположность например рано обнаруживающимся музыкальным способностям математическая одаренность, склонность к научному творчеству выявляются значительно позднее, иногда после возраста полового созревания. Гораздо чаще приходится считаться с тем, что человеку приходится заниматься той или другой работой по необходимости, а не потому, чтобы он чувствовал к ней особое влечение. Раньше это обычно имело место потому, что судьбой будущего работника управляли старшие, которые определяли жизненный путь ребенка или подростка и меньше всего считались с его собственными запросами и склонностями.

В настоящее время положение радикально изменилось к лучшему и молодежи представляется возможность выбора профессии, отвечающей ее желаниям и способностям.

Значительный шаг вперед представляет введение таких приемных испытаний, которые ставят своей целью обследования психотехнического характера, выявляющие сильные и слабые стороны в особенностях и одаренностях отдельного индивидуума. Такие обследования крайне желательны при приеме в вузы, особенно имеющие специальное назначение; они проводятся при приеме в фабзавучи, различные специальные школы. В идеальных условиях поступлению каждого работника на тот или другой вид работы должно предшествовать психотехническое обследование, имеющее целью профориентацию — указание для работника наиболее пригодной для него по его способностям профессии.

Отчасти это и делается, но под несколько иным углом зрения, именно не определение характера одаренности человека с указанием наиболее подходящих для него родов деятельности, а отбор для определенной профессии наиболее пригодных работников с отстранением всех неподходящих.

Исследования, которые ведутся в различных психотехнических лабораториях, возникших сначала на Западе, выросли из практических потребностей подобрать для отдельных профессий наиболее подходящих работников и больше преследовали интерес повышения производительности труда. Но поскольку они способствуют тому, чтобы каждый человек становился на свое место и получал работу, которая требует от него возможно меньшего напряжения, они имеют большое значение и с точки зрения охраны психического здоровья. В лаборатории Штерна, Меде и Пиорковского в Германии, в институтах имени Обуха и Охраны труда в СССР, в лаборатории Шпильрейна разрабатываются методы для определения лиц, наиболее подходящих для работы шоферов, вагоновожатых, летчиков и пр. Методы определения особенностей интеллектуальной одаренности проф. А. П. Нечаева и проф. Г. И. Россолимо в той модификации, которая делает возможным одновременное исследование группы в нескольких десятках испытуемых, имеют особенно большое значение, так как могут в смысле получения опорных пунктов для указания наиболее подходящего рода деятельности быть пригодными в массовом масштабе. Конечно существующие методы еще недостаточно точны, чтобы давать вполне несомненные выводы, но ориентировочного значения за ними отрицать нельзя. Во всяком случае необходимо стремиться к тому,

чтобы жизнь человека и ось его существования—труд—более или менее точно соответствовали его силам и особенностям. Исследование, которое должно предшествовать такому указанию жизненного пути, должно учитывать и особенности физического здоровья. У каждого, даже вполне здорового в общем человека наряду с сильными сторонами могут быть и слабые; некоторые органы от рождения могут быть менее крепкими и при интенсивном напряжении могут скорее других оказаться недостаточными. С другой стороны, далеко ушедшее вперед изучение профпатологии, изучение вредностей, свойственных каждой отдельной профессии, обнаружило очень много интересных данных.

Институтом профзаболеваний имени Обуха в Москве, Институтом рабочей медицины в Харькове и другими учреждениями установлено много особенностей, связанных с профессией педагогов, врачей и медперсонала, телеграфисток и телефонисток, различных групп квалифицированных рабочих; выявлено много профвредностей, ведущих к заболеваниям именно определенных систем органов. Поэтому при ориентировке в отдельных случаях на определенную профессию необходимо учитывать не только способности человека, но и его силы, имея в виду грозящие ему вредности. В особенности это относится к труду, требующему большого умственного напряжения. Интеллектуальная работа не есть конечно удел немногих избранных и в большей или меньшей мере доступна каждому, но требуется большая осторожность, если речь идет о том, что всю жизнь человека базой его существования будет напряженный умственный труд. В этом отношении многому могут научить факты патологии. Известно, что многие психозы, в частности раннее слабоумие, особенно часто развиваются в раннем возрасте. Отчасти это объясняется переходным возрастом молодежи, во время которого человек оказывается особенно ранимым во всех отношениях, но дело не только в этом. По отношению ко многим случаям этой группы можно определенно сказать, что если бы юношам и девушкам с отягощенной наследственностью дать иную установку без непосильной интеллектуальной нагрузки, они могли бы совсем и не заболеть.

Опорными пунктами, заставившими подумать в этих случаях о необходимости главным образом физического труда, и если интеллектуального, то не такого напряженного, могли бы служить указания на большую физическую слабость, признаки нервных заболеваний в прошлом, может быть накопление тяжелых психических заболеваний у близких родственников. Менее тяжелы, но более часты и потому может быть особенно доказательны случаи, когда напряженная интеллектуальная работа, связанная с выполнением учебной программы, оказывается непосильной не потому, что речь шла о возможности тяжелого психоза, а вследствие относительной интеллектуальной недостаточности. Блейлер установил понятие об относительном слабоумии для тех случаев психопатических характеров, когда повышенная требовательность и жажда разного рода исканий ставят человека в положение, с которым он не в состоянии в полной мере справиться по условиям своей одаренности. Без всякого отношения к психопатиям в таком положении могут оказаться молодые люди, не страдающие собственно слабоумием, но с ограниченными способностями, которые мешают им идти наравне с другими, вполне

одаре
надр
это и
нени
дсти
тиче
нерв
нали
ние
при
в эт
всех
нии
хара
пра
цен
аль
лиш
ным
созд
кол
для
ско
мне
и д
ког
уст
пол
ари
в о
ска
рой
в к
ото
для
ка
им
со
ств
ди
по
пр
та
ра
в о
ст
не
ду

одаренными. Не желая отставать от других, они тянутся изо всех сил, надрывают свое здоровье, не успевают в своих достижениях, замечают это и дают различные невротические реакции. В таких случаях изменение условий работы и более простая установка с целями, вполне достижимыми для данного учащегося, могут быстро устранить невротические расстройства, а более вдумчивое отношение к вопросам нервно-психического здоровья и более осторожный с точным учетом наличных сил выбор профессии могли бы их и предотвратить. Явление того же порядка—учащение в школьные годы редких до того припадков падучей болезни или даже первое появление их именно в этом периоде. Оно также указывает на необходимость точного учета всех особенностей данной психофизической организации при решении вопросов, связанных с выбором профессии, подготовкой к ней, характером и размером учебной программы.

Вопрос о работе, о том или другом виде труда, определяющем направление жизни каждого человека, связан с вопросом о социальной ценности этого труда, и здесь мы естественно входим в область социальных отношений. В условиях современной действительности труд лишь в небольшой степени является самообслуживанием, направленным только на удовлетворение личных потребностей. Он приводит к созданию ценностей, необходимых также для окружающих, для того коллектива, к которому принадлежит трудящийся, ■ конечном счете для всего государства. Мы видели, как важно для нервно-психического здоровья, чтобы труд давал известное удовлетворение. Несомненно, что наиболее полное удовлетворение дает труд в коллективе и для коллектива. Производительность труда несомненно повышается, когда он ведется сообща, коллективно. Это более или менее давно установлено по отношению к физическому труду. Сумма труда, выполняемого группой трудящихся, не может быть исчислена простым арифметическим сложением того, что делает каждый трудящийся в отдельности. Достаточно вспомнить то, что сообщается в одном рассказе М. Горького о разгрузке артелью грузчиков баржи, у которой пробило дно. Артель, объединенная сознанием своего единства, в котором каждый из рабочих чувствовал себя не только не вправе отставать от других, но считал обязанным сделать возможно больше для общих интересов, в короткое время выполнила огромную, казалось бы на первый взгляд непосильную работу. Здесь именно имеет значение сознание общности интересов и одной общей цели, соревнование друг перед другом.

То же относится к интеллектуальной работе; с этой особенностью приходится считаться в педологии.

В настоящее время специалистами много внимания уделяется динамике детского коллектива именно потому, что работа над ним по линии не только воспитания, но и обучения, представляет большие преимущества по сравнению с работой с одиночками. Экспериментальные исследования разного рода показали, что продуктивность работы отдельного индивидуума повышается, когда она ведется в составе коллектива даже по отношению к более сложной деятельности—задачам на усвоение, на различные вычисления. С точки зрения нервно-психического здоровья чрезвычайно важно повышение продуктивности труда уже по одному тому, что оно дает большое удо-

влетворение; но еще важнее другое обстоятельство, именно то, что при этом работник чувствует себя членом коллектива, делающим что-то полезное для общих интересов и до известной степени ответственным перед ним. Для получения полного удовлетворения от своей деятельности и от всей своей жизни имеет большое значение сознание своей принадлежности к тому или другому коллективу или, точнее, к коллективам, которые находятся между собой в связи, причем каждый более общий коллектив включает в себя предыдущие как часть примерно в таком порядке: семья, близкие, профсоюз, класс. Если всегда имело место, что одиночка чувствовал себя слабее, беззащитнее и неуютнее, чем организованные группы, то в условиях современной структуры общественных отношений это общее правило оказывается особенно подчеркнутым. Клиника нервно-психических расстройств представляет чрезвычайно много примеров, подтверждающих это правило. Уже в прежнее время, когда психиатрия изучала больного человека вне зависимости его от окружающей среды, было замечено, что различные болезненные расстройства чаще наблюдаются у лиц, живущих почему-либо одиноко и лишенных поддержки своих близких.

События войны и революции с колоссальными сдвигами в общественных взаимоотношениях дали еще больший материал по этому вопросу и притом такой, какой относится не к отдельным лицам, а к целым группам и классам. Эти новые факты установили особенно отчетливо, что нервно-психическая заболеваемость индивидуума находится в тесной зависимости от положения того коллектива, к которому он принадлежит. Яркие доказательства этого дала еще мировая война. В первое время в русских армиях, успешно наступавших на австрийском фронте, сравнительно мало было нервнобольных, и контузии редко вели к невротическим картинам, с которыми в таком изобилии пришлось знакомиться впоследствии. По мере ухудшения положения дела число их стало быстро расти в прямом соотношении к поражениям и отступлениям. Особенно велико было количество нервнобольных, в частности так называемых травматиков, в частях, которые сильно пострадали. Октябрьская революция произвела глубокие сдвиги в общественных взаимоотношениях, пробудила классовое сознание в различных группах рабочих, служащих и крестьян и в то же время деклассировала некоторые группы, утратившие при новом строе свое значение. Как показали некоторые специальные работы, например А. Б. Залкинда, число нервнобольных особенно велико среди этих деклассированных элементов, бывших военных и служителей культа, бывших торговцев, лиц, живших на нетрудовые доходы.

В деле устранения невротических расстройств громадную роль играет создание для невротика приемлемой и достижимой цели в жизни. Удастся перевоспитать его, создать ему новую установку на здоровую деятельную жизнь, убедить его в полной возможности достигнуть намечаемых и важных для него целей — и выздоровление становится очень легким. Так и с нервно-психическим здоровьем вообще. Если жизнь человека окрашена удовлетворяющей его и обеспечивающей работой, если он сознает свою связь с коллективом и знает, что его собственная работа необходима этому коллективу и всему обществу, ему легче переносить различные жизненные невзгоды и сохра-

нить свое нервное здоровье. При таких условиях во всем коллективе будет меньше больных и отстающих, и он сможет дальше продвигаться к конечной цели—переустройству жизни на новых началах. Слабые и больные члены коллектива мешают максимальной производительности его работы, однако устранение их не должно производиться путем механического выбрасывания как ненужного балласта. Для работника, отдающего свои силы на пользу общества, крайне важно быть убежденным, что он обеспечен на случай старости и болезни, что старость с ее болезнями ■ инвалидностью будет, как это было выдвинуто в качестве одного из пожеланий на гигиенической выставке в Дюссельдорфе, не устрашающим призраком, а приятным «вечером жизни». В современных условиях в этом отношении осталось еще много тяжелого, ■ на пути к конечной цели—созданию оптимальных условий работы—предстоит положить еще очень много усилий.

Вопросы психопрофилактики

Активной борьбой за устранение различных вредных моментов, угрожающих с разных сторон нервной системе и за создание оптимальных условий для жизни и работы должна заниматься собственно профилактика. Она непосредственно связана с психогигиеной и тесно с ней переплетается. В сущности можно сказать, что и та ■ другая занимаются одними и теми же группами явлений, но психическая гигиена занимается главным образом изучением нормальных условий для работы мозга, представляет своего рода статику, профилактика же, являясь своего рода динамикой, ведет активную борьбу за эти условия и защиту от различных вредностей.

В предыдущем излагались главным образом общие основы нормального функционирования нервной системы и лучшего сохранения ее здоровья, но советская психогигиена естественно должна иметь в виду не человека вообще, а человека строящего социалистическое общество. Отсюда понятно, что наибольшее внимание должно быть уделено тем группам, роль которых в настоящее время нужно признать ведущей. Поскольку центральной проблемой ■ осуществляющемся плане строительства стоит широкое развитие индустриализации, постольку большую роль должен играть раздел промышленной психогигиены. Психогигиена, имеющая своими отправными пунктами болезнь, по существу главным образом должна работать со здоровыми. Ввиду только что сказанного психогигиена должна развернуть свою деятельность на предприятиях. Учитывая далее, что осуществление намечаемых планов требует огромных контингентов работников, вооруженных различного рода техническими знаниями, ясно, что для психогигиены вырастает другая проблема—психогигиена умственного труда и обучения. Важность этой задачи ясна из того, что новые кадры учащихся в значительной степени отличаются от тех, которые заполняли учебные заведения раньше. В вузах к овладению специальными знаниями часто приступают рабочие с большим производственным стажем, иногда уже вышедшие из периода юности и с очень недостаточными навыками учебного характера. Ясно, что в этих случаях учебный процесс протекает совсем по-иному, и чтобы он не дал срыва и не дал

болезненных реакций со стороны нервной системы, гигиена умственного труда должна приложить много усилий. Наряду с этим приобретает большое значение и психогигиеническая работа в школах первой и второй ступени, и в качестве особой проблемы выдвигается проблема психогигиены детства.

Большие задачи, возлагаемые по обороне страны на Красную армию, делают ясной необходимость особой военной психогигиены.

Особое положение занимает проблема борьбы с алкоголизмом.

По всем этим разделам в дальнейшем и будут излагаться психогигиенические данные, начиная с проблемы детской психогигиены ввиду того значения, которое придается в советских условиях детству, имеющему дать кадры для создания будущего человека.

По справедливости можно сказать, что детство—золотой возраст для каких бы то ни было профилактических мероприятий. Основы здоровья вообще и нервно-психического в частности закладываются очень рано, ■ от того, как, в каких условиях протекает детство, зависит во многих отношениях вся дальнейшая жизнь. Различные непорядки в соматическом здоровье, сравнительно незначительные у маленького ребенка, в дальнейшем, если их не устранить, могут вырасти в серьезные расстройства. Естественно при этом, что заботы о здоровье развивающегося организма должны начаться с момента его зачатия, и в систему профилактических мероприятий должны быть включены также заботы о матери. Она должна быть тщательно оберегаема от тяжелой работы, поднимания больших тяжестей, от ушибов разного рода, от волнений и всяких интоксикаций. Поднимание тяжестей и ушибы считаются опасными главным образом ■ смысле возможности выкидыша, но и без него опасность для плода очень велика; не говоря о том, что возможна его прямая травматизация, сокращения беременной матки или сдавливание ее вследствие напряжения брюшного пресса могут привести к сдавлению головки и более или менее значительным кровоизлияниям. Последние могут быть источником разрушения нервной ткани и рубцовых изменений; последствия этой травматизации могут обнаружиться непосредственно после рождения в виде каких-либо параличей или выявляются значительно позже. Такое же большое значение имеет предохранение матери от каких бы то ни было интоксикаций, из которых на первом месте нужно поставить алкогольную. Если алкоголь вреден во всяких видах, вреден и для вполне сложившегося организма, то в особенности это относится к ребенку и еще больше к зародышу. Не говоря уже о пьянстве беременной матери, прием даже небольших количеств спиртных напитков может привести к неблагоприятным последствиям, из которых в особенности приходится считаться с задержкой умственного развития и судорожными припадками. О том, что яды, циркулирующие в крови беременной матери, отравляют зародыш, нужно помнить и по отношению к лекарствам, которые ей следовало бы принимать по поводу каких-нибудь соматических заболеваний: хинин например и другие аналогичные лекарства могут привести к сокращению матки со всеми последствиями. Значительная опасность для зародыша заключается и в различных средствах, которые принимаются с целью плодизгнания. Речь идет конечно не об абортах как таковых, а о различных покушениях произвести аборт, причем зародыш все же остается и беременность доводится до конца. Сокращения матки, которые в таких случаях имели место в результате тех или других химических средств, а иногда кроме того и механических манипуляций, могут обусловить сдавление головки и дать те или другие расстройства. Нужно помнить, что к тяжелым последствиям для ребенка могут привести и инфекционные болезни беременной матери. Помимо того что внутриутробный младенец представляет часть материнского организма и страдает вместе с нею от всяких неблагоприятных моментов, нужно иметь в виду возможность воспалительных процессов мозга

и его оболочек у плода как осложнения инфекции у матери. Не менее важное значение имеет оберегание матери от различных влияний, испуга и психической травматизации разного рода, опасной для плода прежде всего вследствие расстройств кровообращения матери и сокращения матки. Из сказанного ясно, что в интересах здоровья имеющегося родиться ребенка мать должна быть предметом самых заботливых попечений на всем протяжении беременности. Целесообразнее всего, чтобы она периодически обращалась в консультацию для беременных, независимо от того, замечает ли она какие-либо недомогания или нет. Профилактическую работу именно этого рода ведет охрана материнства и младенчества так, как она сконструирована в Москве и других городах. Эти основные положения нашли себе выражение в трудовом законодательстве, предусматривающем 3-месячные отпуска, начиная с 7-го месяца беременности, отпуска с работы для кормления ребенка, запрещение ночной работы и т. д. Естественно, что охрана материнства неразрывно связана с охраной младенчества. Под таким же постоянным наблюдением должен быть и ребенок с момента рождения, и здесь нервно-психическая профилактика сливается с профилактикой вообще. На первом плане должны стоять заботы о физическом благосостоянии ребенка, о его питании, чистоте содержания, достаточном, хорошо освещаемом и вентилируемом помещении. Естественно, что здесь больше всего можно ожидать от мер, проводимых в общегосударственном масштабе, и нужно сказать, что за последнее время в СССР много в этом отношении изменилось к лучшему. Ребенок до известной степени является центром внимания, и разрешение многих вопросов, о которых раньше только можно было мечтать, ставится на очередь и, поскольку позволяют средства, проводится в жизнь. Улучшение жилищных условий и питания, достигнутое со времени революции для рабочих и других групп трудящегося населения, сказывается уже теперь в ряде осязательных результатов. Как показывают исследования московских санитарных врачей, за последние 10 лет увеличились в среднем вес, рост и объем грудной клетки детей рабочих. Можно считать доказанным также, что уменьшилась детская смертность, которая именно в России до Октябрьской революции была колоссальна. Нет надобности говорить, каким социальным злом является гибель драгоценных детских жизней, — потенциции — целых армий трудящихся, уносящих с собой уже затраченные на них средства и внимание. В данном случае в особенности важно, что большая смертность представляет прямое последствие большой заболеваемости и физической слабости. Имеет значение не только то, что много детей умирает, но и то, что из оставшихся в живых многие оказываются надломленными, иногда прямо искалеченными или во всяком случае с зачатками различных расстройств, в том числе и таких, которые имеют прямое отношение к нервной системе. Нужно считать вполне целесообразным, что в московской организации охраны материнства и младенчества на каждого родившегося ребенка составляется карта, которая хранится в районных отделениях организации, и что с момента рождения он становится под ее охрану. Ребенок пользуется услугами особых консультаций для грудного младенца и детских домов, может получать в случае надобности добавочное питание; имеет значение также, что страхкассы выдают в течение 9 месяцев особую сумму на питание ребенка. Взвешивание ребенка является таким контрольным средством, которое позволяет лично судить о том, правильно ли идет питание или нет. По американскому правилу вес ребенка должен догонять возраст, т. е. не быть ниже тех норм, которые соответствуют известному периоду жизни. Хорошее питание, хорошее помещение, пребывание на воздухе — самые могущественные средства в борьбе с наиболее частыми и серьезными вредителями детской нервной системы — рахитом и туберкулезом (главным образом железистой формой). Укрепление физического здоровья ребенка вместе с улучшением гигиенических условий несомненно способствуют уменьшению общей заболеваемости и в частности детских инфекций. Последние представляют прямую опасность не только для общего состояния растущего организма, но и специально для нервно-психической сферы. Помимо ее истощения детские инфекции часто осложняются мозговыми заболеваниями. Давно хорошо известна в этом отношении роль менингитов и энцефалитов. По общему правилу всякое заболевание развивающегося мозга является более или менее значительным тормозом, могущим отразиться на психическом функционировании. Это прежде всего относится к случаям с грубыми оча-

говыми изменениями, связь которых с расстройствами неврологического порядка или с ослаблением интеллекта очевидна; но могут быть более мелкие очаги, присутствие которых более или менее долгое время может ничем не обнаружиться. Значение таких остаточных изменений прежде всего несомненно для возникновения судорожных припадков, но его нельзя отрицать и по отношению к другим расстройствам. Знакомство с эпидемическим энцефалитом и с его последствиями для нервно-психической сферы показало, что инфекции могут изменить не только интеллект, но и быть причиной глубоких изменений в эмоционально-волевой сфере. Различные проявления возбужденности, неустойчивости, асоциальные проявления могут быть выражены не только каких-нибудь врожденных изменений, но и быть приобретенными. В особенности последствия бывают тяжелы, когда, как это часто бывает, одна инфекция непосредственно следует за другой.

С самого начала, можно сказать со дня рождения, нужно заботиться об устранении моментов психического порядка, могущих неблагоприятно отразиться на здоровье. Определенно можно утверждать, что зачатки тяжелых невротических расстройств взрослого очень часто связаны с какими-нибудь переживаниями детского возраста. Речь здесь идет не только об охране полного покоя ребенка, охрании его от грубых раздражений, заботах об его сне и пр. Необходимо помнить, что дети вообще понимают гораздо больше, чем думают взрослые; даже маленькие дети понятливы и при своей чуткости чрезвычайно глубоко переживают все то, что затрагивает их близких. Бережно следует относиться и к развитию детей, не форсируя приобретение ими каких-нибудь сведений, выходящих сколько-нибудь за понимание, доступное их возрасту. Родителям всех времен и народов всегда хочется видеть в своих детях что-то особенное. Желание, чтобы их дети казались такими и другим, иногда заставляет родителей начинать их различными сведениями, очень рано учить их, усиленно развивать их действительные или воображаемые специальные таланты.

Для детей лучше всего было бы, если бы им предоставляли жить интересами, вполне доступными их пониманию, и не старались развивать из них искусственно вундеркиндов. Из последних редко выходит что-нибудь значительное и главным образом потому, что слабой еще хрупкой нервной системе дается слишком непосильная нагрузка. То же относится к школьным годам и периоду образования и воспитания вообще.

Промышленная психогигиена

Что касается психогигиенической работы на предприятиях и в вузах, то планомерное осуществление ее является самым существенным звеном в системе диспансеризации. Понятие диспансерной помощи впервые возникло на Западе и в американском и французском понимании означает главным образом особый вид амбулатории, где не только лечат, но и дают советы психогигиенического характера, где ведется санпросветительная пропаганда, а иногда оказывается и социальная помощь. Такого типа невро-психиатрический диспансер имеется например в Париже при больнице St. Anne. Работа ведется здесь целым рядом выдающихся специалистов; руководит ею Тулуз. В Германии много лет уже существуют особые пункты помощи нервно- и душевнобольным — *Beratungsstellen*, имеющиеся например во Франкфурте-на-Майне. У нас зачатки предупредительной работы, которую по теперешней терминологии нужно было бы назвать диспансерной, имелись еще до войны. В Москве работу этого рода вели районные психиатры, которые не только лечили больных в своих амбулаториях, но вели общий учет пациентов своего района, следили за их состоянием лично или при помощи особых надзирательниц. В последнее время они работают как сотрудники районных диспансеров и функции их еще больше расширены, именно в сторону

различных видов социальной помощи, облегчения жилищной нужды, оказания юридической помощи и пр. Во всех этих случаях однако психиатрическая работа ведется с теми пациентами, у которых уже имеются ясные признаки нервных изменений, заставляющие их прибегать к медицинской помощи. Иными словами, объектами этой работы становятся пациенты, которых приводят к врачу родственники, или они сами чувствуют себя настолько больными, что ищут врача. Но имеет чрезвычайно большое значение, что идеи переписей, которыми были воодушевлены русские психиатры еще до войны именно потому, что при этом можно было надеяться помочь всем, кому это нужно, вылились за последнее время в особую систему диспансеризации, которая наиболее полно и планомерно проводится Мосздравотделом. При этом берутся на учет целые группы трудящихся, рабочие определенных категорий и отдельных учреждений, и производится обследование здоровья во всех направлениях, включая и нервно-психическую сферу. Результаты этого обследования заносятся в особый санитарный журнал, который дает возможность регистрировать и дальнейшие изменения в здоровье диспансеризованных. Результаты обследования кладутся в основу дальнейшей работы, которая ведется отчасти по лечебной, а больше по профилактической линии. Зарегистрированные пациенты ■ случае надобности после добавочных специальных исследований направляются для лечения ■ соответствующий стационар или амбулаторию, особую диететическую столовую, общий или нервный санаторий, ночной санаторий ■ т. д. Чрезвычайно важны при этом два момента. Во-первых, таким путем удается установить самые начальные явления туберкулеза, сифилиса, заболеваний сердца, сосудов и других органов. Ввиду того что лечение именно в таких случаях дает особенно хорошие результаты, предотвращается возможность более тяжелых расстройств, которые в дальнейшем могли бы принять неизлечимую форму. Ясно, что при таких условиях работа лечебного характера по отношению к расстройствам, которые при объективном исследовании были уже несомненны хотя субъективно не ощущаемы, является в сущности профилактикой по отношению к тем грозным признакам неизлечимых страданий, первые, так сказать, сигнальные признаки которых были установлены при исследовании в порядке диспансеризации. Во-вторых, что самое важное, — при этом изучается не болезнь как что-то отвлеченное, а живой человек со всеми его взаимоотношениями, с условиями работы, быта и всей окружающей средой. Это дает возможность не только лечить, но и устранять из жизни то, что является вредным и что дало уже известные болезненные отклонения. По отношению к рабочим разных предприятий изучаются условия производства, устанавливается то вредное, что свойственно данной профессии и работе в той конкретной форме, как она ведется на отдельном предприятии. Если прибавить, что при этом изучаются также жилищные условия, особенности питания и вообще весь быт, то естественно, что таким путем можно получить чрезвычайно много данных для профилактической работы. Известно, как часто причина болезни лежит в условиях работы, быта и всего жизненного уклада, в частности в незнакомстве с самыми элементарными требованиями гигиены и санитарии. Точное выяснение всего того, что является вредным для

здоровья,—первый этап для активной работы за устранение установленных вредностей. В этой работе психиатр должен идти рука об руку с работниками других специальностей. Если проявления различных болезней необычайно разнообразны и требуют участия специалистов разных категорий, в том числе и психиатров, то корни их одни и те же, именно дурные условия жизни, инфекции, главным образом сифилис и туберкулез, интоксикации, прежде всего алкогольная, психический травматизм и пр. В профилактической работе поэтому должен быть единый фронт и не может быть такого дробления на специальности, как в вопросах исследования и лечения.

В профилактической работе большую роль играют и должны играть профилактические амбулатории и диспансеры. Наиболее полно развернули свою деятельность туб- и вендиспансеры. Деятельность их крайне существенна не только потому, что она идет по линии оздоровления населения вообще, но и потому, что она чрезвычайно много дает для нервно-психического оздоровления населения. Туберкулезная интоксикация сама по себе ведет к различным проявлениям нервно-психических, главным образом истерическими, реакциями, между туберкулезом и шизофренией. В частности можно говорить об особой картине шизоидирования, появлении без наличия соответствующих компонентов в наследственности и в препсихотической личности особых признаков, усиливающих при обострении туберкулезного процесса и дающих большое внешнее сходство с шизоидной психопатией. Еще более определены и давно уже прочно установлены корреляции между сифилисом и заболеваниями нервной системы. Здесь речь может идти не только о прогрессивном параличе помешанных, составляющем приблизительно $\frac{1}{10}$ всех душевных заболеваний, и о различных других заболеваниях на почве сифилиса, но и о некоторых формах эпилепсии, церебрального артериосклероза, очень многочисленных случаях врожденного слабоумия, а также многих случаях невротических реакций, для которых сифилис, как и другие инфекции, создает особо благоприятную почву, как бы создает физическую готовность мозга реагировать именно таким образом. Если устранить из жизни человечества только туберкулез и сифилис, то как много будет сделано по части его нервно-психического оздоровления! С другой стороны, так как это—болезни в точном смысле слова социальные и чисто бытовые, т. е. зависят от причин, устранимых путем соответствующей радикальной перестройки жизни, понятно, какие широкие перспективы оказываются здесь перед профилактикой. В этой борьбе за народное здоровье, которая значительной мере может быть названа атакой на старый быт, диспансеры играют роль форпостов, центров активной борьбы с социальными болезнями и за создание таких жизненных условий, которые исключили бы самую возможность их возникновения. Такое значение в частности имеют и невро-психиатрические диспансеры.

В СССР наиболее полно развил свою деятельность диспансер при Институте невро-психиатрической профилактики Наркомздрава как лучше обеспеченный лечебными средствами, различными специальными лабораториями и научными силами. Этот диспансер является показательным, и по его образцу устроены аналогичные учреждения в других городах: в Ленинграде, Харькове, Горьком, Перми и т. д. Диспансер прежде всего должен давать квалифицированную помощь в консультативном и лечебном направлении. Он должен быть оборудован всем необходимым для точного установления болезни и ее лечения. Но диспансер не должен быть только амбулаторией, хотя бы и высококвалифицированной. Он должен сам вести диспансерную работу на определенных группах работников и отдельных предприятиях, изучать вредности, свойственные отдельным профессиям, изучать самую методику диспансерной работы. Одной из главных его обязанностей является также самая активная пропаганда психогигиенических сведений. При этом она должна вестись не только в диспансере, но и на са-

мих пред...
труда, комис...
Соединенн...
с психогигиен...
ханическим с...
собственно л...
органически л...
тарная пропа...
платься чем-...
сведения, усв...
действенной...
сравнительно...
чтобы значе...
образования...
пансере от л...
желых болез...
авторитет д...
только тогда...
пропагандис...
ческие свед...
На нев...
также обяза...
диспансерно...
этой работ...
относится к...
Л. М. Роз...
врачей, ре...
чение. На...
вопросов,

Психо...
с изучени...
стик с уч...
внимания...
ных здра...
должна в...
цахам. С...
К ней от...
и в распр...
труда. О...
бракодел...
травмат...
в случае...
длитель...
так и д...
неправи...

Пси...
и делае...
к а б и...
хотехн...
Главн...
ступак...
данны...
умстве...

мих предприятиях, с которыми устанавливается связь через комиссии охраны труда, комиссии оздоровления труда и быта (котибы), здрав- и санячейки.

Соединение в деятельности диспансера лечебной и социальной помощи с психогигиенической пропагандой нужно считать не случайным, чисто механическим смешением, объясняемым недостаточно полной организацией собственно лечебных учреждений, стационаров и амбулаторий, а чем-то органически необходимым и соответствующим интересам дела. Психосанитарная пропаганда тогда в особенности будет успешна, когда будет подкрепляться чем-нибудь реальным, польза чего очевидна. Психогигиенические сведения, усваиваясь как что-то теоретическое, не обладают особенно большой действенной силой. Различные санитарные мероприятия также действуют сравнительно медленно и не дают таких непосредственных результатов, чтобы значение их было несомненно и для лиц, не получивших особенного образования. В этом отношении непосредственная польза, полученная в диспансере от лечения, в смысле быстрого устранения долго длившихся и тяжелых болезненных явлений, дает особенно большой эффект. Она поднимает авторитет диспансера в целом, увеличивает доверие к его работникам не только тогда, когда они выступают собственно в качестве врачей, но и как пропагандисты. При таких условиях легче усваиваются и психогигиенические сведения, приобретая особую значительность.

На невро-психиатрических диспансерах до известной степени лежит также обязанность готовить персонал, вполне владеющий методами диспансерной работы, и прежде всего врачей, которые могли бы руководить этой работой в различных пунктах на местах. Конечно прежде всего это относится к диспансеру при Наркомздраве, организованному по инициативе Л. М. Розенштейна. Особые курсы усовершенствования врачей, регулярно организуемые при нем, несомненно имеют большое значение. На нем же лежит обязанность разработки различных более общих вопросов, подготовка законопроектов, касающихся душевнобольных.

Психогигиеническая работа на предприятиях должна начинаться с изучения производства и составления психосанитарных характеристик с учетом особенностей отдельных цехов и обращением особого внимания на наиболее вредные цеха. Вместе с тем на основании данных здравпункта на предприятии, с которым в тесном контакте должна вестись вся работа, выясняется заболеваемость по отдельным цехам. Особенно большое значение имеет работа со здоровыми. К ней относится участие в медицинском осмотре всех поступающих и в распределении их по цехам, работа по рационализации условий труда. Особенным объектом психогигиенической работы должны быть бракоделы, прогульщики, часто подвергающиеся профессиональной травматизации, с целью выяснения причин этих явлений и изменения в случае надобности условий производства. Сюда же нужно отнести длительно и часто болеющих как с целью оказания лечебной помощи, так и для выяснения вопроса, не кроется ли за этим каких-нибудь неправильностей в самой работе.

!Психогигиена обучения и воспитания

Психогигиеническая работа в вузах должна опираться, как это и делается в некоторых местах, на особые психогигиенические кабинеты, в состав которых кроме врача психиатра входят психотехник и специалист по методике и технике умственного труда. Главным объектом работы являются здесь обследование вновь поступающих с целью выяснения соответствия задачам, которые ставит данный вуз, массовая психогигиеническая работа по организации умственного труда, равно как и целесообразная организация отдыха.

Психогигиенический кабинет должен приходить на помощь в самой организации учебного процесса. Немаловажную роль также играет составление психогигиенических карт и журналов и динамическое наблюдение над учащимися. Опыт показывает, что в первый год пребывания в вузе учащиеся дают сравнительно большое количество невротических реакций, в значительной мере являющихся последствием трудностей, испытываемых в новых условиях. Хотя в большинстве случаев в последующие годы эти невротические реакции уменьшаются, все же страдающие ими должны быть взяты на особый учет и обследование, которое иногда обнаруживает, что причиной их является недостаточно целесообразная организация педагогического процесса.

Аналогичная работа должна вестись в школах первой и второй ступени, где основной ячейкой, откуда должны исходить психогигиенические мероприятия, должны быть пункты охраны детства. Основным моментом здесь также являются обследование и динамическое наблюдение, что может выяснить необходимость перевода учащегося в другую группу или другую школу, иногда какого-нибудь специального характера. Для таких обследований выделяются в первую очередь почему-либо отстающие и трудные дети. Большое значение имеет вовлечение в общественную работу и в частности в пионердвижение.

Военная психогигиена

Психогигиена в Красной армии имеет свои специфические особенности и задачи. Здесь прежде всего большое значение имеет правильный отбор поступающих на военную службу. Для царской армии типично было стремление ставить акцент на количестве, благодаря чему очень часто в ее рядах оказывались имбецилики, эпилептики, шизофреники и душевнобольные с другими формами. Естественно, что и в империалистическую войну на фронте оказалось очень много таких больных, которые были только баластом и ослабляли боеспособность армии. Целесообразность более строгого обследования с отсеком всех неподходящих особенно оказалась ясной в период той же войны на опыте американской армии, в которой было сравнительно очень немного душевнобольных благодаря предварительному отбору и вообще заболеваемость была сравнительно незначительна. Психогигиеническая работа должна проводиться также в военно-учебных заведениях, а также при отборе для различных специальных частей (летное дело, снайперы и т. д.). Большую работу в этом отношении проводит психогигиеническая лаборатория при Военной медицинской академии, руководимая д-ром Горовым-Шалтан. Особую проблему представляет психогигиена войны.

Проблема борьбы с алкоголизмом

Особого внимания требует борьба с алкоголизмом, с социальным бедствием очень большого значения. Припоминая все данные, приведенные в главе об отравлениях как этиологическом факторе, играющем очень большую роль в патологии, можно сказать, что если вместе с туберкулезом и сифилисом устранить из жизни

алкоголизм, дело нервно-психического оздоровления населения еще больше подвинулось бы вперед. Поскольку алкоголизм тоже является социальной болезнью, возникает обычно на почве эмоциональной неустойчивости и особенно тяжелые картины дает при вполне выраженной психопатии, борьба с ним относится к прямым обязанностям невро-психиатрических диспансеров.

Особенности борьбы с алкоголизмом и другими наркоманиями обуславливаются тем, что здесь вред наносится ядами совершенно иного порядка, чем те, которые связаны с инфекциями. Вредители здесь вырабатываются самим человеком, причем государство может регулировать их выработку и до известной степени потребление. Казалось бы, в руках государства имеется очень простое и зависящее только от него средство—запрещение выработки спирта и других ядов или по крайней мере ограничение возможно ■ большей степени их потребления; но такое прямолинейное разрешение вопроса оказалось бы не достигающим цели. Чтобы наметить в этом отношении наиболее правильные пути, следует учесть тот опыт, который имеется как у нас, так и на Западе в деле борьбы с алкоголизмом и его последствиями. Краткий обзор истории этого вопроса показывает, что все попытки, которые делались в этом направлении, исходили из двух принципов: ограничения употребления спиртных напитков и полного их запрещения. Сторонники умеренного потребления основывались на соображениях о безвредности малых доз алкоголя, ■ особенности если он вводится в разбавленном виде, например в виноградном вине или пиве, а главное на том, что ограничение вообще легче осуществить, чем полное запрещение. Однако каких-либо научных доказательств безвредности маленьких доз не имеется; их и не может быть, так как точными экспериментами установлено, что даже 5—10 г спирта ослабляют способность усвоения, счета и оказываются вообще небезразличными для организма. Нужно однако сказать, что политика умеренного потребления неприемлема не только потому, что и маленькие количества спирта вредны, но и по другим причинам. Главная из них та, что вследствие быстро развивающегося привыкания оказывается невозможным, за редкими исключениями, ограничиться малыми дозами, и возникает потребность все в больших количествах. Опасность увеличивается благодаря тому, что процесс привыкания идет постепенно и незаметно для пьющего: если на первых порах он может ограничиться несколькими рюмками и может прекратить употребление вина, когда захочет, то в дальнейшем он становится рабом своей привычки и для удовлетворения своего влечения к вину, ставшего непреодолимым, должен поглощать громадные количества спиртных напитков, прямо ведущих к разрушению организма. Опасность умеренного потребления заключается и в том, что последнее трактуется при этом как что-то совершенно невинное и вполне допустимое; благодаря этому легкому отношению к вину в алкоголизацию понемногу вовлекаются все окружающие алкоголика: его жена и даже дети. Равным образом не может ни в самой малой мере считаться разрешением вопроса замена водки более слабыми алкогольными напитками—виноградными винами или пивом. Меньшее содержание спирта в них компенсируется большим количеством выпиваемых напитков, которое может достигать громадных размеров.

Это можно видеть на примере Франции и Германии. По количеству выпиваемых алкогольных напитков с переводом их на чистый спирт одно из первых мест занимает Франция, хотя пьют французы главным образом виноградные вина. В Германии, в которой больше всего пьют пиво, последствия алкоголизма не менее тяжки, чем в странах, где на первом месте стоит употребление водки и других крепких напитков. Питие больших количеств спиртных напитков, хотя бы и со слабым содержанием алкоголя, помимо собственно отравления связано с другой опасностью: введение больших количеств жидкости может привести к гипертрофии сердца (мюнхенское пивное сердце). Таким образом политика умеренного потребления спиртных напитков должна быть признана совершенно несостоятельной. То же самое конечно нужно сказать относительно замены водки виноградным вином или пивом.

Примером применения принципа умеренности, неполного запрещения, является Готеборгская система, возникшая в Швеции, но применяемая также в Норвегии. Сущность ее сводится к тому, что исключается получение какой-либо личной выгоды от продажи спиртных напитков. Оптовая торговля остается свободной и может производиться каждым желающим, розничная же торговля предоставляется только особым акционерным обществам, которые обязаны ее вести, соблюдая определенные условия. Прежде всего они связаны определенной предельной нормой продажи с определенным процентом прибыли для себя; большая же часть последней должна идти в пользу государства и идет на борьбу с алкоголизмом, на пенсии инвалидам, на пособия городским и сельским общинам. При этом розничная продажа ведется в особых ресторанах, где посетителю продается не больше определенного количества вина и кроме того обязательно вместе с едой. Эта система привела к известным результатам в смысле сокращения потребления алкоголя, но конечно по отношению к ней в полной мере справедливы все те замечания, которые были сделаны о политике ограничения вообще; в деле борьбы с алкоголизмом она является только паллиативом.

Что касается запретительной системы, вытекающей из принципа полного воздержания, то больше всего опыта в этом отношении имеется у США. В Америке приходится наблюдать вообще очень большое распространение психогигиенических идей, и давно уже началось движение за трезвость. Большую роль сыграли в этом отношении общественные организации и в частности энергичные американские женщины, которые устраивали антиалкогольные демонстрации на улицах, разбивая кабаки и пивные. Благодаря деятельной пропаганде и агитации в отдельных штатах уже довольно давно оказалось возможным провести систему полного запрета, причем количество таких «сухих штатов» все увеличивалось. В 1908 г. их было только 5, в 1912—9, а в 1917—25. Завершением этой борьбы за трезвость было введение в конституцию США в январе 1920 г. особого параграфа, запрещающего производство, продажу и перевозку, равно как ввоз и вывоз всяких спиртных напитков. В ближайшие годы вслед за этим запретом можно было констатировать резкое уменьшение алкоголизма, уменьшение количества случаев смерти от опьянения, несчастных случаев на улицах и числа пьяных, задержанных в общественных местах. Но вслед за тем волна алкоголизма опять стала расти, так что к 1924 г. она достигла почти прежнего уровня.

Это возрастание алкоголизма несмотря на проведение «сухого закона» объясняется большим распространением контрабандной торговли спиртными напитками, ввозимыми из других стран. Несмотря на все меры, принимаемые против контрабанды, она все росла. Опасность для запретительной системы имела внутри самих штатов, так как всегда было много противников сухого закона. Во время президентских выборов в 1928 г. борьба между кандидатами в значительной мере велась по линии неодинакового отношения к запретительной системе.

Так как интересы капитала внутри как США, так и других стран требуют сохранения дающей большие доходы торговли спиртными напитками, то запретительной системе в Америке, хотя она и была установлена в законодательном порядке, с самого начала грозила опасность срыва, и в настоящее время она отменена.

За недостаточность только запретительных мер в борьбе с алкоголизмом говорит десятилетний опыт Финляндии, в которой в 1920 г. был издан противоалкогольный закон, а в конце 1931 г. плебисцит указал на необходимость его отмены. Статистические данные сделали несомненным, что этот закон так же, как и в США, принес огромный вред как экономической жизни страны, так и здоровью населения. За 11 лет действия закона употребление напитков увеличилось в 3 раза, увеличилось число душевных заболеваний; в частности количество психозов на почве алкоголизма увеличилось вдвое.

Дореволюционная Россия по вопросу об алкогольной политике прошла последовательно откупную, акцизную систему и наконец казенную монополию. Хотя введение последней мотивировалось главным образом необходимостью дать населению более очищенную и потому менее вредную водку, по существу она была вызвана финансовыми требованиями. Об этом лучше всего свидетельствует постепенный рост продажи водки в России за период 1904—1913 гг. и все большая степень участия питейных доходов в бюджете, которая выражалась перед войной в 26%, так что имелись все основания говорить о «пьяном» бюджете. С началом войны, как известно, продажа вина была запрещена. Этот военный запрет на первых порах принес известные результаты. Как и в других странах, запретивших продажу спиртных напитков, сократилось число случаев смерти от алкоголизма, уменьшилось количество преступлений; в психиатрических больницах стали большой редкостью алкогольные заболевания, в особенности такие острые, как белая горячка. Через несколько лет однако можно было констатировать такое же явление, как и в Америке; алкоголизм со всеми его последствиями опять стал расти за счет употребления различных суррогатов: денатурата, ханжи, древесного спирта и в особенности развития тайного винокурения (так называемого самогона).

В действительности самогонокурение конечно было очень значительно. Массовое отравление различными суррогатами и самогоном приняло характер большого общественного бедствия, тем более что оно очень часто оказывается смертельным, ведет к развитию слепоты вследствие атрофии зрительных нервов, к воспалению почек и пр. Нужно учесть при этом, что самогонокурение не только давало продукт гораздо более ядовитый, чем очищенный от сивушных масел спирт, получаемый на водочных заводах, но сопровождалось также гораздо большей тратой хлеба. При таких условиях для правительства оказалось более правильным ввести водочную монополию. Это мотивировалось прежде всего тем, что один запрет, как это было и в других странах, не приводил к желаемой цели. Он сам по себе, не устраняя причин, ведущих к алкоголизму, не уничтожает последнего, а только загоняет его в подполье. По количеству выпиваемых напитков СССР стоит позади почти всех стран. Но имеет значение, что употребление спиртных напитков у нас не распределяется более или менее равномерно по всем дням недели, а приурочивается ко времени получения зарплат, к выходным дням и к различным торжественным событиям в жизни.

Имеет значение и ряд предрассудков и ошибочных мнений по отношению к алкоголю. Очень распространено и в настоящее время убеждение, что вино поддерживает питание, укрепляет и согревает, чего в действительности конечно нет. Большое значение имеет обычай отмечать выпивкой каждый случай, когда собираются по какому-либо поводу знакомые; при этом считается зазорным отстать от других, не выпить «за компанию». Для многих выпить и при этом накуралесить является своего рода молодечеством, доказательством смелости и недюжинности натуры. С этим стоит в связи общее снисходительное отношение к пьяному и всем его проступкам, за исключением может быть только тех из окружающих, которые особенно от него страдают. Опьянение в глазах очень многих, не только самих алкоголиков, является даже моментом, извиняющим и оправдывающим их антисоциальные поступки.

Все сказанное делает понятным, что борьба с алкоголизмом не может идти только по линии запретительных или ограничительных мер. Необходимы коренные реформы во всем жизненном укладе, в условиях быта и работы и радикальное изменение во всем мирозерцании.

Если запретительная система в Америке имела какой-нибудь успех, то главным образом потому, что запрещению продажи вина сначала отдельными штатами, а потом в виде общего закона, вошедшего в конституцию, предшествовала агитация отдельных лиц и общественных организаций. Нужно считать имеющей большое значение ту работу, которая ведется с разных сторон теперь у нас в смысле подготовки твердого общественного мнения, но она должна быть поставлена еще шире. В этом отношении прежде всего необходимы санпросветительные меры: пропаганда, правильное освещение вопроса о действии алкоголя. Во главе этой пропаганды должны встать врачи и вообще медработники, которые много могут сделать не только своим словом, но и личным примером. Следует приветствовать появление за последнее время довольно большой популярной литературы с правильным освещением алкогольной проблемы. Нужно считать желательным также, чтобы вопросы, касающиеся алкоголизма и борьбы с ним, были достаточно полно представлены в программах и университетского преподавания и в средней школе. Антиалкогольная пропаганда естественно должна входить в задачу диспансеров разного рода и прежде всего наркодиспансеров. С той же точки зрения нужно приветствовать агитацию сан- и здравячеек, женотделов, культотделов. Большое значение в этом отношении имела агитация в 1928 г. комсомола, который поднял целую волну детских демонстраций против родителей-алкоголиков. Кроме санпросветительной и агитационной работы имеет значение изменение условий труда и быта. Сокращение рабочего дня, являющееся одним из наиболее важных достижений революции, само по себе укрепляет фронт по борьбе с алкоголизмом. При 12- или даже 14-часовом рабочем дне, а иногда и более, как было раньше, естественно человек в оставшиеся часы мог только поесть и отоспаться. У него не было возможности заняться самообразованием, расширить свой кругозор и уделить внимание каким-либо разумным развлечениям; отсюда и прямое последствие — стремление напиваться до одури, как только к тому представится возможность. В настоящее время у трудящегося имеется гораздо больший досуг, и естественно он должен быть заполнен тем, что может дать необходимую смену впечатлений. Следует приветствовать в этом отношении все большее развитие различных видов спорта, организацию сети рабочих клубов, изб-читален, библиотек, народных театров, кино, радио. Так же нужно расценивать все то, что соответствует осуществлению лозунга «искусство и музыку массам». И то и другое не может быть, как было в дореволюционное время, уделом немногих избранных; оно должно войти вообще в жизнь, преобразив ее, сделав светлой и красивой. Большое значение имеет устройство жилища в смысле как внешней архитектуры, так и внутреннего вида, мебелировки и внутреннего убранства. Одну из причин стремления к пивным и трактирам несомненно нужно искать в неприглядности жилища и всей жизненной обста-

нов
мир
мно
насе
пом
бол
инд
сто
Раб
вре
дим

в у
все
ней
бор
пут
при
она
Нес
нии
обра
вын
ние
дол
ние
лизм
член
при
при
ряд
шен
шен
Т
нуж
чин
изме
Г
себе

Г
имет
глав
той
лева
о вл
в ос
слож
возм

новки, внушающей желание хотя на время уйти куда-то в другой мир. В этом отношении за последнее десятилетие сделано очень много положительного не только в смысле выведения трудящегося населения из подвалов в более просторные и более гигиеничные помещения, но и в смысле более радикальных мероприятий. Все больше растут рабочие дома-коммуны и целые городки, где кроме индивидуальных светлых и просторных квартир имеются и общие столовые, и детские сады, и ясли, и клубы с библиотеками, и кино. Рабочие и служащие, живущие в них, чтобы целесообразно провести время отдыха, не должны ехать куда-то далеко, так как все необходимое имеется под руками.

Расширение и углубление работы по переустройству труда и быта в указанных направлениях с распространением ее и на деревню и на все уголки в СССР понемногу лишат алкоголизм его социальных корней и сделают борьбу с ним более реальной и осуществимой. Эта борьба в общем нелегка. Самое главное она не может идти только путем административных распоряжений и запрещений; в ней должно принимать участие все организованное население. В настоящее время она охватывает уже большое количество различных организаций. Несомненно произошел уже значительный сдвиг в общественном мнении; это видно из того, что на необходимость борьбы с алкоголизмом обратили внимание профсоюзы. На VIII съезде профсоюзов была вынесена резолюция о необходимости изжить благодушное отношение к алкоголикам и указывалось на то, что каждый алкоголик должен рассматриваться как враг рабочего класса. Большое значение имеет организация Всероссийского общества по борьбе с алкоголизмом, уже теперь насчитывающего в своих рядах десятки тысяч членов. Этим обществом намечается ряд реформ по устранению причин алкоголизма как социального бедствия, и к его голосу прислушиваются правительственные круги. Совнаркомом вынесен ряд постановлений, общий смысл которых заключается в уменьшении производства и продажи спиртных напитков по мере улучшения условий жизни и работы.

Таким образом радикальными средствами борьбы с алкоголизмом нужно считать переустройство всего быта с устранением самих причин влечения к вину и вместе с изменением всего жизненного уклада, изменением самой идеологии трудящихся масс.

При таких условиях в запретительных мерах, которые сами по себе ничего сделать не могут, не окажется никакой нужды.

Вопросы евгеники

При составлении плана профилактической работы необходимо иметь в виду не только одни экзогенные моменты, которыми мы пока главным образом занимались, но и эндогению. Клиника, особенно в той части, которая относится к психопатиям и дегенеративным заболеваниям, учит, что потомство тяжелых психопатов, не говоря уже о вполне выраженных случаях душевного расстройства, находится в особенно большой опасности заболеть, если внешние обстоятельства сложатся неблагоприятно. Фактически душевнобольные не лишены возможности иметь детей. Это возможно в отдельных случаях даже

в отношении больных, находящихся в психиатрических больницах и пользующихся по своему состоянию относительной свободой, а что касается больных, живущих среди населения, то это имеет место не редко. К вступлению в брак душевнобольных с деторождением в результате ведет и очень распространенный предрассудок, что душевное расстройство возникает в результате полового воздержания. По статистике В. И. Яковенко, относящейся к Московской губернии 1893 г., около 16% женатых и замужних душевнобольных вступили в брак, уже находясь в состоянии душевной болезни. С точки зрения профилактики душевного расстройства нужно всячески стремиться к тому, чтобы душевнобольные не давали потомства, которое естественно будет очень угрожаемым ■ смысле возможности развития душевного заболевания. Чтобы улучшить ■ этом отношении положение, нужно стремиться к возможно большей госпитализации душевнобольных и психопатов. К сожалению количество психиатрических коек у нас пока еще недостаточно. Помимо стремления к тому, чтобы все душевнобольные, нуждающиеся в стационарном лечении, могли его получить, важно, чтобы все, не требующие этого метода лечения, были на психиатрическом учете и находились под известным наблюдением. Идея лишить всех не имеющих права иметь потомство по своему психическому состоянию возможности деторождения привела в Америке к осуществлению особой меры, направленной на то, чтобы сделать невозможной передачу потомству своих свойств для известной группы лиц. Эта мера стоит в связи с целым рядом других, лежащих в основу того, что получило название е в г е н и к и. Основная идея ее в том, чтобы путем до известной степени искусственного подбора создать более совершенную породу людей. Средствами для достижения этой цели является прежде всего предупреждение таких браков, которые могут дать плохое потомство. Надежды в этом отношении возлагаются, во-первых, на пропаганду правильных сведений о вырождении, о важности для потомства хорошего во всех отношениях здоровья родителей, об опасности для него более или менее серьезных недостатков у последних, душевной болезни, слабоумия, эпилепсии, сифилиса, алкоголизма и других интоксикаций, а также физической слабости, будет ли она вызвана пожилым возрастом или истощением на почве тяжелых болезней. По отношению к некоторым группам лиц — эпилептикам, душевнобольным и преступникам — предлагается и более радикальная мера, хирургическим путем делающая невозможным оплодотворение и зачатие. Первое время предлагали собственноручно кастрацию, удаление яичек или яичников, позже ее заменили стерилизацией — перевязкой семявыносящих протоков или фаллопиевых труб. Эта мера была утверждена ■ законодательном порядке сначала в Калифорнии, потом в некоторых других штатах Америки; несколько позже она принята для известных случаев в Швейцарии, Швеции и некоторых других странах. Постановление о производстве стерилизации в том или другом случае делается судом на основании решения особой комиссии, в которую входят врачи-специалисты, изучающие наследственность лица, намечаемого к стерилизации, по обеим восходящим линиям. На первый взгляд это мероприятие как будто бы действительно решает вопрос, устраняя возможность

деторо
дарств
Север
закон
в от
до на
она и
Как п
данны
стери
будь
патов
нужн
торы
иным
лей
душе
нию
стери
Они
и об
своис
могли
могли
При
в Гер
стери
страд
поско
в фа
стойк
доста
с точ
учени
а нед
Г
вленн
как о
проя
усили
ных
услов
с сам
болез
разви
устро
зарод
ний,
генет
лева
носит

деторождения в определенных случаях. Но роль его в общегосударственном масштабе не может быть велика. В некоторых штатах Северной Америки, наиболее решительно идущей по этому пути, закон о стерилизации остается на бумаге, в других он применяется в отдельных случаях, и всего в Америке этой мере подверглось до настоящего времени около 3 тысяч. Но самое важное то, что она исходит из принципов, учитывающих только одну сторону дела. Как показывает самое название—«евгеника», она исходит только из данных, касающихся наследственности. Лишить возможности путем стерилизации иметь детей всех, кто только может передать какие-нибудь дурные свойства, не только всех душевнобольных, но и психопатов, ввиду огромного количества их невозможно. В особенности нужно иметь в виду, что шизофрения, равно как эпилепсия и некоторые другие психозы, передается не по прямым, а боковым линиям, иными словами; большинство душевнобольных рождается от родителей фенотипически здоровых. Стерилизация шизофреников и других душевнобольных при таких условиях не достигает цели. По отношению к некоторым лицам из группы психопатических характеров стерилизация может и не соответствовать интересам человечества. Они нередко являются носителями не только дурных зачатков, но и общей одаренности и специальных дарований. Отрицательные свойства, унаследованные в потенциальном виде от таких родителей, могли бы при благоприятных внешних свойствах не проявиться или могли бы быть уравновешены здоровыми генами другой стороны. При таких условиях нельзя считать научно обоснованным изданный в Германии в июле 1933 г. фашистами закон о принудительной стерилизации эпилептиков, шизофреников, циркулярных больных, страдающих врожденным слабоумием, и привычных преступников; поскольку под последнюю рубрику «привычных преступников» в фашистском государстве легко могут быть подведены наиболее стойкие борцы за дело рабочих, классовая сущность этого закона достаточно ясна. Нецелесообразность принудительной стерилизации с точки зрения генетики несомненно хорошо известна и немецким ученым; в частности против нее высказывались раньше Рюдин, а недавно Эвальд.

Главные усилия в профилактической работе должны быть направлены не на уничтожение элементов психопатичности в той форме, как они сложились, а на создание таких условий, чтобы они не могли проявиться и исчезла бы самая возможность их возникновения. Все усилия должны быть направлены помимо устранения всех экзогенных вредителей путем социальных мероприятий на создание таких условий, при которых рождалось бы только здоровое потомство с самыми хорошими задатками и чтобы возможно меньше появлялось болезненных мутаций, какими нужно считать душевные заболевания, развивающиеся в связи с наследственным отягощением. Помимо устранения всего, что может неблагоприятно повлиять на развитие зародыша и повысить возможность развития болезненных отклонений, здесь полезно помнить о некоторых точно установленных фактах генетики. При наличии предрасположенности к определенному заболеванию, обусловленной генной структурой, крайне важно, чтобы носители такой отягощенности при заключении брака не встречались

с лицами с такой же наследственностью, так как в этом случае опасность для потомства особенно велика. По этой причине с точки зрения евгеники опасны браки между кровными родственниками, так как здесь особенно много шансов на скрещивание двух аналогичных наследственных отягощений. Нужно придавать значение и половому подбору. В этом отношении большое значение имеет пропаганда идей необходимости создать лучшую породу людей. Заслуживает внимания мысль об организации особых консультаций, в которых даются советы лицам, желающим вступить в брак. Имел бы значение обмен лицами, заключающими брак, свидетельствами, выданными особыми комиссиями, устанавливающими, что в данном случае нет оснований бояться за здоровье будущего потомства.

С точки зрения нервно-психического оздоровления большую роль могут сыграть различные организации, преследующие психогигиенические цели, в частности международная лига психической гигиены, идея которой возникла в Америке; эта лига в настоящее время имеет отделения в разных странах. Самая активная психогигиеническая пропаганда с вовлечением в нее широких масс трудящихся, заботы о переустройстве труда и быта с удалением из них всего вредного, борьба с такими социальными заболеваниями, как сифилис, туберкулез, наркомания, заботы о нервно-психическом здоровье молодых и в том числе совсем юных поколений, с активным стремлением создать для них условия, которые гарантировали бы формирование более совершенной породы людей,— вот тот путь, который обещает успех в профилактической работе.

17. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СТАТИСТИКИ И ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ПСИХИАТРИИ

Борьба с нервно-психической заболеваемостью сводится к правильной организации собственно лечебной помощи и к продуманной системе профилактических мероприятий. В основу этой работы должен быть положен точный учет количества душевнобольных в населении и анализ характера заболеваний. В этом отношении чрезвычайно ценные услуги оказали переписи душевнобольных. Обработка полученных таким путем материалов дает возможность выяснить точное количество душевных заболеваний, их распределение по полам, возрастам и формам и помогает установить связь их с различными социальными факторами (сельское и городское население, условия труда и быта, профессиональные вредности).

На основании современных статистических данных и на основании переписей, произведенных городскими и земскими учреждениями еще в дореволюционное время в различных губерниях, а также некоторых статистических обследований, произведенных за последнее время, можно считать, что количество душевнобольных в населении равно приблизительно 1,42 на 1 000.

Лечение и призрение душевнобольных осуществляется путем устройства психиатрических больниц, колоний, патронажей, открытых психиатрических стационаров, институтов судебнопсихиатрической экспертизы, стационаров для алкоголиков и наркоманов, вообще путем широкой организации сети лечебно-профилактических учреждений, построенной по принципу ступенчатости, гарантирую-

щему точное соответствие характера учреждения интенсивности психических явлений и их особенностям. В эту сеть должны входить также невро-психиатрические диспансеры, амбулатории районных или участковых психиатров, невро-психиатрические отделения при соматических больницах.

Психиатрическая больница, в прежнее время бывшая единственной базой в деле борьбы с психической заболеваемостью, теперь представляет только часть сложной организации, сохраняя однако свое очень большое значение. Нет надобности всех душевнобольных проводить через стационарное лечение, но значительная часть их, по крайней мере в известном периоде течения болезни, нуждается именно в нем. Сюда относятся прежде всего все случаи с острым течением и с резкими проявлениями болезни. Помещение в больницу диктуется в таких случаях необходимостью изъять больного из окружающей среды и устранить все моменты, которые могли способствовать заболеванию, предоставив ему полный психический покой. Поскольку психоз является таким же соматическим заболеванием, как все остальные, естественно ■ ряде случаев только больница для лечения его может предоставить все необходимые условия. Чем раньше в соответствующих случаях будет иметь место помещение в больницу, тем больше шансов на выздоровление. Стационар в особенности необходим в тех случаях, когда вместе с другими проявлениями психоза в остром течении наблюдается стремление к самоубийству, так как только в условиях психиатрической больницы с постоянным наблюдением возможно свести до минимума, если не предотвратить полностью, такие несчастия. Больничного лечения требуют душевнобольные с тяжелыми соматическими заболеваниями, в особенности слабые и неопытные, оставление которых на руках близких было бы для последних тяжким бременем. В содержании ■ больнице нуждаются далее все беспокойные душевнобольные, ■ том числе ■ хроник, так как они делают невыносимым нормальное течение жизни и работы окружающих, не говоря уже о возможности нападения на других с нанесением повреждений и даже убийства. Наконец существует группа душевнобольных, представляющих большую опасность в социальном отношении и по своему беспокойству, которого в качестве постоянного признака может и не быть, а по особенностям своего заболевания, именно вследствие наличия бредовых идей преследования или по своим социальным установкам. Последнее относится главным образом к психопатическим личностям, из которых и вербуются главным образом довольно значительные кадры криминальных душевнобольных, совершивших то или другое преступление. В общем опыт показывает, что приблизительно 30—35% всех больных с вполне выраженным душевным расстройством в известные периоды болезни требуют помощи стационарного характера. Но нужно иметь в виду, что в общем затруднительно оставлять в семье даже небеспокойных хроников. Точно так же иначе приходится ставить вопрос о патронажной системе. Все это должно изменить процент больных, нуждающихся в больнице, но точных подсчетов пока не имеется. Не нужно однако думать, что во всех случаях больной, если не поправляется, должен до конца жизни оставаться в психиатрической больнице. По миновании острых явлений она ему не нужна, и в известных случаях

может наступить такой период, когда искусственная обстановка психиатрической больницы с устранением здоровых раздражителей окружающей жизни может быть даже вредной.

Как видно из сказанного, показания для помещения в психиатрическую больницу довольно разнообразны, но самое важное, что все они исходят из двух принципов. В одних случаях имеются в виду интересы лечения самого больного, с другой—интернирование необходимо в интересах окружающих. В прежнее время психиатрическая больница стремилась взять на себя всю работу по борьбе с психической заболеваемостью, причем в ней не было четкого разделения функции лечения и призрения. Вместе с расширением задач психиатрии и с вовлечением в круг ее ведения начальных форм психозов, так называемых пограничных форм—пограничных между нервными и душевными заболеваниями, между нормой и патологией—были уточнены ее задачи по отношению к каждой отдельной группе болезней, благодаря чему выросла целая сеть перечисленных выше лечебно-профилактических мероприятий. Вместе с тем стало необходимо и большее дифференцирование стационарной помощи с точным выяснением того, что требуется: лечение или только содержание в больнице по тем или другим показаниям. Это разделение должно найти выражение и в организационной работе и в самом строительстве. При большой дороговизне стоимости содержания психиатрических больниц такое разделение диктуется и финансовыми соображениями. Однако оно не должно приводить к пренебрежению интересов больных с затяжным течением, т. е. тех групп, которые носят общее название хроников. Здесь тоже необходимо дифференцирование, так как кроме действительно неизлечимых, нуждающихся только в призрении, очень часто оказываются больные (главным образом шизофреники), дающие полное выздоровление с возвращением работоспособности после ряда лет стационарного состояния, когда они и на опытных психиатров производили впечатление безнадежности.

Естественно современное стремление строить для выполнения лечебных задач отдельные сравнительно небольшие больницы, функции же призрения передать учреждениям типа колоний. Это дает возможность иметь большое количество лечебных учреждений, расположив их в разных местах одной и той же области или округа. Такой способ, когда несколько разбросанных мелких больниц заменяют одну центральную, соответствует и принципу приближения психиатрической помощи к населению. Понятно также поэтому современное стремление строить небольшие учреждения лечебного типа в промышленных и рабочих районах. В уже существующих больших психиатрических больницах естественно также должен найти себе выражение принцип разделения лечения и призрения путем предоставления специально для лечения известного количества отделений, в том числе и выстраиваемых вновь, предусматривая при их постройке и организации, что они именно предназначаются для лечения острых заболеваний.

Психиатрические больницы лечебного типа устраиваются обычно где-нибудь за городом, на участке, обладающем достаточным количеством земли и лесных насаждений. Желательно, чтобы больница была соединена с городом удобными путями сообщения для облегче-

Ри

ния
нахо
ная б
датель
3) по
5) от
хрон
ние

Б
ших
инфе
затру
боль
отдел
наил
лучш
дает
весь
надл
лучш
выстр
шеви
Устр
окру
обра
с тем
длини
не бе
демии
психи
ные, с
Псих
как н
мозд
смотр



Рис. 36. Общий вид психиатрической больницы имени В. И. Яковенко.

ния связи ее с населением. Ввиду разнообразного состава больных, находящихся в психиатрических больницах, каждая благоустроенная больница должна иметь несколько отделений: 1) приемно-наблюдательное отделение для остробольных, 2) беспокойное отделение, 3) полубеспокойное отделение, 4) отделение для выздоравливающих, 5) отделение для случаев с затяжным течением (не для неизлечимых хроников в собственном смысле), 6) отделение для слабых, 7) отделение для детей и подростков.

Большой необходимостью является также устройство при больших психиатрических больницах хотя бы маленького отделения для инфекционных больных, так как в большинстве случаев чрезвычайно затруднительно направлять таких больных в обычные соматические больницы. Надо признать желательным также устройство особых отделений для эпилептиков, что несомненно обеспечит возможность наилучшего ухода за ними. При постройке психиатрических больниц лучше всего соблюдать п а в и л ь о н н у ю с и с т е м у, которая дает широкие возможности для индивидуализации больных, делает весь облик больницы гораздо более привлекательным и обеспечивает надлежащее пользование светом и воздухом. По этой схеме выстроены лучшие из русских психиатрических больниц, например больница, выстроенная покойным русским психиатром В. И. Яковенко для душевнобольных Московской губернии и названная его именем (рис. 36). Устройство отдельных небольших одноэтажных зданий-павильонов, окруженных большим садом (рис. 37), с большим количеством окон, обращенных на солнечную сторону, выгодным образом контрастирует с теми двух- и трехэтажными мрачными зданиями, снабженными длинными узкими коридорами (к о р и д о р н а я с и с т е м а), далеко не безопасными при локализации той или другой вспыхнувшей эпидемии и в пожарном отношении, по типу которых строились многие психиатрические больницы, в особенности так называемые окружные, обслуживавшие в прежние времена несколько губерний каждая. Психиатрическая больница должна строиться лучше всего не более как на 400—500 человек; большее количество несомненно ведет к громоздкости и усложнению всего административного аппарата. Несмотря на дороговизну оборудования каждой психиатрической койки



Рис. 37. Сад при одном из павильонов больницы им. Яковенко.

надо иметь в виду такое сравнительно небольшое количество больных, исходя и из наших специфических условий, где территориальные особенности требуют децентрализации психиатрической помощи и делают нецелесообразным постройку таких больших больниц, как на Западе.

При внутреннем оборудовании различных отделений должны быть приняты во внимание как требования общесанитарного характера, так и индивидуальные условия каждого отделения. Необходимо, чтобы в каждом отделении кроме просторных спален были помещения для дневного пребывания больных (рис. 38). Непременной принадлежностью каждого отделения должно быть достаточное количество ванн. В отделениях для спокойных и выздоравливающих больных надо стремиться к возможно более уютной и комфортабельной обстановке, украшая помещение вещами домашнего обихода, цветами, картинами, занавесками и пр., тогда как в приемно-наблюдательных и беспокойных отделениях не должно быть ничего кроме кроватей и столиков. Для развлечения больных устраи-

вается отдельный зал с роялем и подмостками для сцены, в котором силами самих больных или приглашенных артистов организуются спектакли и концерты. Современная психиатрия много внимания уделяет активной рабочей терапии, и поэтому всякая благоустроенная больница должна быть снабжена достаточным количеством мастерских, именно: столярной, переплетной, сапожной, корзиночной, швейной и т. д. Весь режим психиатрической больницы должен быть построен так, чтобы, с одной стороны, с самого начала поступления душевнобольного оказывать на него большое моральное воздействие, с другой стороны—обеспечить ему надлежащий уход и безопасность. Система нестеснения (no-restraint): отсутствие решеток, связывания больных и применения смиренных рубашек, всего того, что создало печальную репутацию прежним «домам для умалишенных», подбор соответствующего среднего и низшего медицинского персонала, правильная организация надзора—вот те условия, которым должна удовлетворять современная психиатрическая больница. Надо упомянуть, что в отношении мер нестеснения наша русская школа еще со времени покойного С. С. Корсакова идет впереди Запада, где во многих психиатрических больницах до сих пор употребляются камзолирование, запикивание на замок, особые кровати с сетками и даже связывание возбужденных больных. В целях безопасности больных из отделений должно быть удалено все то, что может при случае служить орудием самоубийства или нападения на окружающих, как например все острые предметы: вилки, ножи, ножницы, шпильки, иголки, булавки, а также всевозможные тесем-

Рис.

ки,
широ
инди
боль
случ
моме
Необ
нием
Колл
а та

коли
точн
все
Пра
госл
усво
необ
тель
по у
шег

раз
щи
орг
бол
юто
они
бол



Рис. 38. Помещение для дневного пребывания в одном из павильонов больницы имени Яковенко.

ки, шнурки, веревки и пр. Само собой разумеется, что в зависимости от широкой индивидуализации больных должна проводиться и некоторая индивидуализация режима в различных отделениях. Свидание и переписка больных подлежат строгому контролю врача, который в каждом отдельном случае руководится как состоянием больного, так и различными внешними моментами, могущими вызвать ухудшение его психического состояния. Необходимость тщательного надзора за душевнобольными служит основанием для введения постов непрерывного дневного и ночного дежурства. Количество постов обуславливается внутренним устройством отделения, а также количественным и качественным составом больных.

Приемно-наблюдательные и беспокойные отделения требуют большего количества постов, чем спокойные отделения. Большое значение имеет достаточное количество постов в наблюдательной палате, куда обычно помещаются все больные для более тщательного выяснения их психического состояния. Правильный подход к душевнобольному со стороны персонала, находящегося при нем неотлучно и днем и ночью, может быть осуществлен только при усвоении правильных взглядов на психические заболевания и при наличии необходимых психиатрических навыков. Поэтому является вполне желательной организация при психиатрических больницах санитарных курсов по уходу за душевнобольными и курсов для поднятия квалификации низшего и среднего медицинского персонала.

Помимо психиатрических больниц, предназначенных главным образом для лечения остробольных, для больных-хроников, нуждающихся в длительном пребывании в психиатрическом учреждении, организуются колонии и патронажи. Ввиду особого контингента больных, обычно призреваемых в колониях, последние рассчитываются на большее количество больных, чем больницы (1 000—1 500); они устраиваются преимущественно далеко за городом и располагают большим участком земли для ведения собственного сельского хозяй-

ства, устройства садов, огородов, пашен, молочной фермы и пр. Относительная свобода, которой пользуются спокойные хроники, дает им возможность проводить большое количество времени на воздухе, а сельский и иной труд, который широко практикуется в колониях, служит чрезвычайно полезным средством для тонизирования их угасающей психической жизни. Ввиду того что и у больных-хроников временами наблюдаются ухудшения психического состояния, которые могут привести к новой вспышке болезненных явлений, в колониях необходимо выделить небольшое отделение лечебного типа. Призрение душевнобольных раньше осуществлялось также путем устройства патронажа—помещения за известную плату в чужую семью. Для патронажа обычно избирается семья недалеко от больницы, что диктуется необходимостью постоянной связи последней с патронажем. Значение патронажа сводится к благотворному воздействию, которое оказывает здоровая среда на психику больного, к возможности использовать посильный для больного труд в лечебных целях. При патронажах устраивается небольшой приемный покой, оборудованный ванной, куда эвакуируются больные при ухудшении их психического состояния. Постоянная связь, которая существует между патронажем и больницей, дает возможность по мере необходимости направлять больного обратно в больницу.

Изменившиеся за последнее время условия жизни, в особенности жилищные стеснения, делают пребывание душевнобольных в населении, тем более в чужих семьях, затруднительным и заставляют иначе ставить вопрос об организации патронажа и в частности о контингенте больных, наиболее подходящих для этой формы борьбы с нервно-психической заболеваемостью. Но положительные стороны и как лечебной меры и как дешевой формы призрения настолько очевидны, что несомненно могут быть выработаны какие-то особые формы, подходящие и к новым формам жизни.

Большой интерес, который привлекают к себе в последнее время пограничные состояния; психо-невротики и психопаты требует устройства для них специальных учреждений типа открытых психиатрических стационаров, где больным при известных условиях обеспечивается свободный выход и где отсутствует строгий режим психиатрических больниц. Эти стационары должны быть в широких размерах снабжены аппаратурой для гидро- и электротерапии и мастерскими для рабочей терапии. К этому типу относятся и невро-психиатрические отделения, первый опыт организации которых принадлежит Донской лечебнице. Наконец нужно упомянуть еще об учреждениях для криминальных психически больных в Москве. Тот взрывчатый материал, который представляют собой обычно душевнобольные-преступники, принадлежащие в большинстве случаев к различного рода психопатам, является малоприспособленным для обычных психиатрических больниц, где большое скопление их может внести дезорганизацию в больничный режим. Поэтому в некоторых городах организованы институты судебнопсихиатрической экспертизы, куда направляются все подсудимые, требующие заключения об их психическом здоровье. Принудительное лечение криминальных душевнобольных как мера социальной защиты осуществляется пока в психиатрических больницах. Надо надеяться, что

в
циа
Пр
дви
циа
нар
ван
леч
мон
анти
(
так
особ
бы
детс
1
псих
детс
при
2
школ
3
типо
и пост
но не
4
мых
Ра
витой
скими
садам
Ид
тилет
расши
вых ле
гранич
заболе
ческие
воззре
больны
Больн
так кан
ходим
в строи
Лечени
то же в
формам
меропр
паде в
диспанс
и диспанс
условия
психиче
филак
серы дл

в ближайшем будущем для них будут созданы особые пенитенциарные отделения с соответствующим лечебно-трудовым режимом. Принципы дифференцированной помощи и ступенчатости сети выдвинули в самое последнее время необходимость создания специальных стационаров для лечения алкоголиков и наркоманов, где наряду с гидротерапией, лекарственной терапией, подкожным вдуванием кислорода и гипнозом широко практиковался бы метод лечения трудовыми процессами. Лечение алкоголизма и наркотизма может быть и принудительным. Показанием для последнего служит антисоциальное поведение больных.

Сеть учреждений для детей и подростков также должна быть построена по принципу ступенчатости с учетом особенностей отдельных групп и в наиболее развернутом виде должна бы иметь тот вид, какой она приняла на конференции в Москве по детской психоневрологии в марте 1934 г.

1. Невро-психиатрические стационары—детские отделения при психиатрических больницах, детские психиатрические больницы, детские психиатрические клиники, невро-психиатрические отделения при педиатрических больницах.

2. Санаторные учреждения для пограничных состояний для дошкольников, школьников 1-й ступени и школьников 2-й ступени.

3. Невро-психиатрические учреждения для хроников различных типов: лечебные школы для эпилептиков, для тяжелых психопатов и постэнцефалитиков, лечебно-трудовые колонии для трудоспособных, но не могущих обучаться грамоте хроников.

4. Учреждения типа убежищ для нетрудоспособных и неизлечимых хроников.

Работа всех этих учреждений должна протекать в контакте с развитой школьной сетью, с детскими домами трудновоспитуемых, детскими садами для невротиков, для умственно отсталых, детскими садами-интернатами для трудновоспитуемых и социальнозапущенных.

Идеологические сдвиги, происшедшие в психиатрии за последние десятилетия, огромное значение, придаваемое экзогенным факторам, чрезвычайно расширили рамки психиатрической работы, вызвав к жизни целый ряд новых лечебно-профилактических учреждений. Изучение так называемых пограничных состояний, а также и начальных форм некоторых психических заболеваний, где на первый план в картине болезни выступают невротические явления, делают вполне понятной ту эволюцию психиатрических воззрений, которая привела к вопросу о необходимости лечения такого рода больных в учреждениях иного типа, чем психиатрические стационары. Больные этой группы должны быть предметом особой заботы государства, так как при соответствующем и своевременном лечении они могут быть необходимыми и полезными членами общества, принимающими активное участие в строительстве жизни. К этой группе также тесно примыкают и наркоманы. Лечение невротозов и начальных форм психических заболеваний является в то же время важным профилактическим средством по отношению к тяжелым формам. Для осуществления психопрофилактических и психогигиенических мероприятий и для лечения больных описанной выше группы и у нас и на Западе в последнее время основаны новые учреждения—невро-психиатрические диспансеры. Тесная и живая связь, которая существует между диспансерами и диспансеризуемыми предприятиями, создает чрезвычайно благоприятные условия для своевременного уловления и лечения самых ранних форм психических заболеваний и для научной разработки разнообразных профилактических мероприятий. По такому же принципу построены и диспансеры для наркоманов, наркодиспансеры, целью которых является не только

лечение заведомых наркоманов, но главным образом воспитание масс, оздоровление труда и быта и борьба с теми социальными факторами, которые вызывают наркоманию. Является вполне правильным стремление, ясно обозначившееся в московской организации, объединить деятельность наркотуб- и вендиспансеров с невро-психиатрическими диспансерами в единые отношения небольшой район приблизительно с 40 тыс. населения. Немаловажное значение для правильной организации лечебно-профилактической психиатрической помощи играет районная психиатрия, которая сконструирована в СССР сравнительно недавно и имеется в Москве, в Ленинграде и Ростове н/Д. Работа районных психиатров определяется следующими моментами: учет душевнобольных района, амбулаторный прием и вызовы на дом, направление по мере необходимости больных в различные психиатрические учреждения, наблюдение за душевнобольными, выписываемыми из больницы, защита прав душевнобольного, психиатрическая экспертиза на суде, участие в психогигиенической работе районных здравотделов. С организацией единых диспансеров функции районных психиатров подверглись изменениям, но как определенная организация они будут продолжать приносить свою пользу. Большое значение, которое имеют с точки зрения профилактики нервно-психические изменения детского возраста, служит определяющим моментом для организации соответствующих психоневрологических амбулаторий и стационаров и для расширения невро-психиатрической диспансеризации детей (обследование школ, фабзавучей и пр.).

Внимание, которое уделяют ■ последнее время экзогениям, сближает психиатрию с соматической медициной, причем вскрывается тесная причинная зависимость различных реактивных состояний от инфекций, болезней обмена и расстройств эндокринного аппарата. В связи с этим является весьма желательным устройство небольших невро-психиатрических отделений при соматических больницах. Аналогичные отделения имеются в Стокгольме, в Глазго в Шотландии, в Берлине и Мюнхене. За последнее время ■ осуществление плана НКЗдрава невро-психиатрические отделения при соматических больницах стали открывать и в нашем Союзе.

18. ПРАВОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Закон стоит на страже интересов душевнобольных, учитывая их беспомощное положение и налагая наказание за оставление без соответствующего надзора, что и предусматривает ст. 156 Уголовного кодекса: «Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни состоянии, лишенного возможности принять меры самоохранения по малолетству, дряхлости, болезни или вообще вследствие своей беспомощности, в случае, если оставивший без помощи обязан был иметь заботу об оставленном и имел возможность оказать помощь—принудительные работы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей». Глубокое изменение личности, являющееся следствием психического заболевания, лишает душевнобольного правильной оценки совершаемых им действий и делает его не правоспособным и недееспособным. Определение недееспособности вследствие душевной болезни имеется в ст. ст. 8 и 31 Гражданского кодекса, которые гласят: ст. 8: «Лица совершеннолетние могут быть подлежащими учреждениями объявлены недееспособными, если они вследствие душевной болезни или слабоумия не способны рассудительно вести свои дела»; ст. 31—«Недействительна сделка, совершенная лицом, вполне лишенным дееспособности или временно находящимся в таком состоянии, когда оно не может понимать значения своих действий». Признавая душевнобольного недееспособным, для защиты его личности и интересов закон выдвигает положение об учреждении

над ним опеки, что и находит свое выражение в ряде статей. Ст. 68 Кодекса законов о браке, семье и опеке: «Опека и попечительство устанавливаются для защиты личности недееспособного, его законных прав и интересов, а равно для охраны имущества в случаях, законом предусмотренных».

Ст. 69. Опека учреждается над несовершеннолетними до 14 лет, над лицами, признанными в установленном порядке слабоумными или душевнобольными.

Ст. 72 говорит, что органами опеки и попечительства являются президиумы краевых и областных исполнительных комитетов, которые осуществление функции опеки возлагают в отношении слабоумных и душевнобольных на отделы здравоохранения.

Ст.ст. 79, 84 и 89 стремятся обеспечить опекаемым должные условия содержания и медицинский уход. Вполне понятно, что установление недееспособности больного, т. е., иначе говоря, определение душевного заболевания, может быть возложено только на врача-специалиста-психиатра, который в каждом отдельном случае выступает во всеоружии своих знаний и специальных методов исследования.

В дореволюционное время наложение опеки на душевнобольного сопровождалось большими формальностями и производилось при участии лиц совершенно некомпетентных, носило бюрократический характер и часто нарушало интересы больного. Советское законодательство облегчило разрешение этого вопроса, передав его в ведение органов здравоохранения. Правила об освидетельствовании по вопросу о наложении опеки мы находим в ст.ст. 103—110, из которых приводим основную 103: «Краевые, областные, губернские, окружные и уездные органы опеки и попечительства при наличии достаточных данных о необходимости установления опеки над душевнобольными и слабоумными назначают для освидетельствования специальную комиссию под председательством заведующего отделом здравоохранения краевого, областного, губернского, окружного или уездного исполнительного комитета или лица, им уполномоченного, и в составе не менее двух врачей, из которых один должен быть психиатром». Наложение опеки может носить временный характер, и при выздоровлении больного она может быть снята, о чем говорит ст. 107. Наложение опеки делает ответственным за все личные и имущественные интересы душевнобольного его опекуна, который берет на себя все заботы о личности больного и обязан ежегодно отчитываться перед соответствующими органами опеки и попечительства (ст. 101).

Ст. 61 УК говорит о том, что душевнобольные не могут быть привлекаемы к даче показаний в качестве свидетелей.

Психическое заболевание, делая больного неответственным за свои преступления, тем самым исключает возможность применения к нему обычных форм социальной защиты, что и предусматривается ст. 11 Уголовного кодекса: «Меры социальной защиты судебно-исправительного характера не могут быть применены в отношении лиц, совершивших преступление в состоянии хронической душевной болезни или временного расстройства душевной деятельности или в ином болезненном состоянии, если эти лица не могли отдавать себе отчета в своих действиях или руководить им, а равно и

в отношении тех лиц, которые хотя и действовали в состоянии душевного равновесия, но к моменту вынесения приговора заболели душевной болезнью. К этим лицам могут быть применены лишь меры социальной защиты медицинского характера.

П р и м е ч а н и е. Действие настоящей статьи не распространяется на лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения.

Там, где возникает сомнение в психическом здоровье обвиняемого как во время суда, так и во время предварительного следствия, закон предоставляет право для решения этого вопроса вызывать эксперта-психиатра, что находит свое отражение в следующих статьях Уголовно-процессуального кодекса.

Ст. 63. Вызов эксперта обязателен для определения психического состояния обвиняемого или свидетеля в тех случаях, когда у суда или следователя по этому поводу возникают сомнения.

Ст. 298. Допрос эксперта производится с соблюдением правил, изложенных в ст.ст. 171 и 173. Заключение, данное экспертом, после его устного изложения затем должно быть представлено экспертами в письменном виде и приобщено к делу. Заключение экспертов для суда необязательно, однако несогласие суда с экспертизой должно быть подробно мотивировано в приговоре или в особом определении.

Ст. 458 говорит о досрочном освобождении в случае неизлечимости душевной болезни, причем циркуляр Наркомюста № 59 указывает на возможность распространения его на тяжелых психоневротиков и психопатов.

В том случае, если для суда является доказанным наличие психического заболевания, ст. 322 УПК предоставляет ему право или временно приостановить дело или прекратить его. «Если судом будет признано, что подсудимый во время совершения приписываемого ему деяния находился в невменяемом состоянии, то суд выносит определение о прекращении дела, причем входит в обсуждение вопроса о необходимости применения по отношению к подсудимому мер социальной защиты. Если судом будет признано, что подсудимый впал в болезненное расстройство душевной деятельности после совершения приписываемого ему деяния, то суд выносит определение о приостановлении дела впредь до выздоровления подсудимого или о прекращении дела производством, если болезнь признана неизлечимой». Таким образом ст. 322 УПК предусматривает также меры социальной защиты по отношению к душевнобольному.

В ст. 24 УК мы находим указания на эти меры социальной защиты медицинского характера: а) принудительное лечение, б) помещение в лечебное заведение в соединении с изоляцией.

Ст. 25 УК уточняет их в отношении несовершеннолетних. Мерами социальной защиты медико-педагогического характера являются: а) отдача несовершеннолетнего на попечение родителей, усыновителя, опекунов, попечителей, родственников, если таковые имеют возможность его содержать, или иных лиц и учреждений; б) помещение в специальное лечебно-воспитательное заведение.

Ст. 26 УК говорит о том, что «меры социальной защиты медико-педагогического и медицинского характера могут быть применены

судом, если он признает несоответствующим данному случаю применение мер социальной защиты судебно-исправительного характера, а равно и в дополнение к последним, если при этом меры социальной защиты медико-педагогического характера или медицинского характера не были применены соответствующими органами до судебного разбирательства».

Итак, на основании вышеприведенных статей УПК и УК можно видеть, какую громадную роль при решении вопроса о приостановлении, прекращении дела и мерах социальной защиты по отношению к душевнобольным должна играть судебнопсихиатрическая экспертиза.

Там, где дело касается оценки криминальных душевнобольных с выраженными формами психозов, обычно судебнопсихиатрическая экспертиза не встречает никаких затруднений. Если душевнобольной недееспособен, то он в своих действиях и неведении, или, как предпочитают говорить некоторые криминалисты, заменяя неудачный термин «неведение», — ненаказуем. Признание душевной болезни влечет за собой или прекращение дела или направление больного для лечения в общем порядке в психиатрическое учреждение. Гораздо сложнее обстоит дело с судебно-психиатрической экспертизой в отношении большой группы пограничных состояний, различных психопатических личностей и наркоманов. Все эти состояния явно не подходят под вышеприведенную ст. 11 УК. Чрезвычайно широкие и расплывчатые рамки этой группы, усложняя экспертизу, требуют помимо медицинского критерия еще судебно-психиатрической оценки каждого случая, иначе говоря, решения вопроса о социальной опасности, что должно лечь в основу принятия или непринятия тех или других мер социальной защиты, одним из видов каковой является принудительное лечение. Твердых положений о психопатах и наркоманах в действующих законах современного Уголовного кодекса не имеется. В особой плоскости лежит вопрос о социально опасных наркоманах и психопатах, не совершивших уголовно-наказуемого преступления. Возможность совершения такового диктует необходимость выработки соответствующих профилактических мероприятий, «предупредительного лечения», выдвигаемого некоторыми авторами, что и нашло свое отражение в инструкции, выработанной НКЮОм совместно с НКЗдравом и с НКВнуделом согласно постановлению СНК от 11 сентября 1926 г. о принудительном лечении алкоголиков, представляющих социальную опасность.

Представляет большое значение для психиатра хорошее ознакомление с вопросами трудовой экспертизы. Они в настоящее время трактуются совершенно иначе, чем это было еще недавно, благодаря изменению взгляда на генез душевного расстройства и на роль труда для здорового и больного человека. В прежнее время слишком большое значение придавалось необходимости предоставления полного покоя и отдыха и притом чуть не на все протяжении болезни. Теперь врачи указывают на необходимость возможно раннего возвращения к работе как лечебному методу. В то же время ликвидация безработицы и нужда в квалифицированных сотрудниках иногда заставляет считать целесообразным оставление на производстве даже и не совсем полноценного работника. Естественно, что на-

личие душевного расстройства, требующего для больного постоянного ухода, делает необходимым перевод на инвалидность именно I группы. Значительная часть больных, не требующих за собой ухода, переводится во II группу, но здесь нередко приходится решать вопрос, не является ли более целесообразной III группа, предусматривающая неответственный и нерегулярный труд, так как оставление больного в условиях полной бездеятельности может оказаться для него вредным. Очень существенный вопрос о переводе на другую работу. Здесь приходится считаться с сущностью заболевания, его особенностями, степенью сохранности квалификации и трудовых навыков. В случае ремиссии при параличе, даже глубокой, желателен перевод на менее ответственную и менее напряженную работу. Если речь идет не о более тяжелых формах, требующих интернирования, нередко приходится колебаться между II и III группами. При артериосклерозе мозга перевод на другую по существу работу как правило нецелесообразен, так как такие больные с трудом втягиваются в новые условия. Естественно имеются показания к переводу на более легкую работу той же квалификации. В такой же мере для них нецелесообразны кратковременные отпуска и предпочтительнее при невозможности дать длительный отпуск перевод на временную инвалидность, который и в других случаях может быть использован в качестве лечебной меры. Для тяжелых случаев невротических реакций на фоне патологического характера часто целесообразнее II группа, которую следует чередовать с III группой или даже с выпиской на работу. Перевод больных этой группы, в частности больных с травматическим неврозом, показан главным образом в тех случаях, когда есть что-либо травмирующее в самих условиях работы или когда отношения с окружающими особенно осложнены. Большие трудности часто представляют шизофреники. Основным при решении вопроса нужно считать более или менее значительное сохранение трудоспособности при этой болезни и большое значение труда для сохранности личности. Здесь ■ особенности нужно помнить о III группе, не забывая также, что нередко тяжелые по психическим проявлениям пациенты по отзыву своих товарищей и фабзавкомов оказываются хорошими работниками. Отсюда ясно, что по крайней мере в виде опыта возможно оставление на работе шизофреника даже с ясными признаками болезни. Врач может принести большую пользу своим пациентам, равно как и производству, если основательно ознакомится со всеми вопросами трудовой экспертизы, используя опыт последнего времени, нашедший себе отражение в многочисленных специальных работах.

VI. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

19. СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ■ ИЗУЧЕНИИ ПСИХОЗОВ И ИХ РАЗДЕЛЕНИЕ

В предыдущих главах мы старались дать представление о симптоматике психоза, об условиях его развития, течении, исходах, о причинах; касались также различных общих вопросов, например наследственности и вырождения, лечения и профилактики нервно-психической заболеваемости в целом. Приступая к описанию отдельных заболеваний, мы естественно должны заручиться такой точкой зрения, которая давала бы возможность идти вперед ■ определенном порядке, иными словами, должны решить, какой системы держаться в разделении психозов на группы и отдельные единицы. Это необходимо не только для того, чтобы иметь какую-нибудь схему для расположения по той или другой системе клинического материала, но ■ по другим, более глубоким основаниям. Для того чтобы получить ясное представление о сущности психоза, важно знать не только признаки, которыми он выражается, но и их внутреннее сцепление. Большое значение имеет выяснение структуры психоза; полное знание его сущности предполагает и отчетливое отграничение от других психических заболеваний, а это приводит к постановке вопроса о принципах разделения психозов, т. е. вопроса о классификации. Разрешение этой проблемы, вообще представляющей большие трудности, проводится тем или другим психиатром в зависимости от общих взглядов на сущность психозов, а если иметь в виду различные периоды развития психиатрии—от соответствующего уровня знаний. Отсюда выясняется необходимость хотя бы беглого очерка главных направлений, по которым идет в настоящее время психиатрическая мысль, рассмотрения различных подходов в постановке самого вопроса о сущности и условиях развития психоза.

Нам не раз приходилось говорить о той огромной роли, которую играл в истории психиатрии Э. Крепелин. Положив в основу изучения психоза принцип единства вызывающей причины и единства исхода, он создал особую систему классификации, которая очень выгодно отличается от симптоматических классификаций, бывших очень распространенными до него. На место понимания болезни как случайного сочетания признаков встало представление об известной нозологической единице, имеющей клиническую очерченность, определенное течение и исход и определенный анатомический субстрат; последний, правда,

ного в Мюнхене Крепелином, вышли первые работы Рюдина и Гофмана, за которыми последовал ряд других, Кана, Люксембургера, у нас Т. И. Юдина, и в конце концов выросло особое генеалогическое направление в изучении психозов. Оно привело к накоплению большого количества данных, которые заставляют принимать существование не строго обособленных единиц, а особых кругов заболеваний, каждый из которых включает в себе целый ряд близких по своим наследственным взаимоотношениям форм заболеваний. Так выяснилось, что можно говорить о циркулярном круге заболеваний, о шизофреническом и эпилептическом. В каждый из них входит помимо вполне выраженных форм заболеваний большое количество легких форм, иногда вызванных какими-нибудь внешними моментами. Этими легкими случаями отдельные круги не только соприкасаются, но и как бы проникают один в другой. В то же время всем случаям одного и того же круга свойственны общие признаки, что в особенности сказывается в одинаковом способе реагирования на неблагоприятные внешние моменты.

Генеалогические исследования очень много дали для выяснения сущности конституций, и можно говорить как об особом направлении — к онституционному, непосредственно примыкающему к генеалогическому изучению. Особенное развитие оно получило, когда при изучении конституции стали обращать внимание не только на психические особенности, но и на соматические признаки, на те или другие типы сложения. Обращением внимания на эту сторону Кречмер дал начало новому направлению, которое продолжает развиваться, давая ответвления в разных странах и в настоящее время. При этом определенно выяснилось, что нет строго обособленных форм и что возможны конституции, которые как по психическим, так и по соматическим своим компонентам должны быть рассматриваемы как гибридные формы, возникшие в результате смешения (Legierung) двух конституций. События империалистической и гражданской войн со всеми связанными с ними явлениями, как недоедание, эпидемии, психическая травматизация, дали большой материал для изучения роли экзогенных факторов и изменили во многих отношениях прежние взгляды. Так, пришлось отказаться от положения, характерного для крепелиновского учения, что каждой инфекции соответствует свой тип психических изменений. Хотя до известной степени это остается верным, например можно считать установленным, что для психозов в связи с инфлуенцей характерен преимущественно депрессивный фон, все же господствует в настоящее время та точка зрения, что реакция на различные интоксикации и инфекции является типовой, не зависящей от характера экзогении. Наиболее полно это положение было развито в учении Бонгеффера о так называемом экзогенном типе реакции, к которому относятся и делириозные состояния, и аментивные, и эпилептиформные состояния возбуждения и некоторые другие. Все они могут наблюдаться в зависимости от самых различных моментов в связи не только с отравлениями и инфекциями, но и травмой. Более полный учет экзогении показал, что иногда внешние моменты могут привести к развитию таких картин, которым раньше приписывалось исключительно эндогенное происхождение. Это в особенности относится к так называемой шизоидности, которая не всегда указывает на генетическое родство с шизофренией, так как может зависеть от психических факторов или от соматических, например туберкулеза. Ввиду того что клиническая картина в каждом отдельном случае состоит из симптомов различного происхождения, причем отдельные группы признаков в одних случаях оказываются эндо-, а в других экзогенного происхождения, выяснилась необходимость структурного анализа с учетом не только симптоматики, состава клинической картины, но и происхождения отдельных сторон. У Бирнбаума это вылилось в учение о патопластике; с его точки зрения экзогенные факторы могут играть роль не только вызывающих патогенетических моментов, но и давать материал для построения болезненных картин — участвовать в патопластике. Кречмер, учитывая зависимость клинических картин от многих групп факторов, говорит о полидимензиональной структуре. Здесь мы входим до известной степени в область психологического направления в изучении психиатрии. Уже приходилось упоминать, как отразилась на развитии психиатрии смена ассоциационной психологии психологией целостных образов. Завершением новых направлений в психологии является так называемая психология

п о б у ж д е н и й, актуальная психология или феноменология, идущая от Штумпфа и Гуссерля. Из психиатров к этому направлению примыкают Ясперс, Кронфельд, Шильдер, отчасти Бумке. Из них наиболее ясную и определенную позицию занимает Ясперс, который настаивает на крайней важности в психиатрии систематического наблюдения пациента над самим собой. Особенно большое значение он придает выяснению того, как больной переживает свой психоз, чему приписывает он свое заболевание, есть ли у него сознание своей болезни, увлечен ли он целиком в заболевание, переживает ли его, как во сне или как в делириозном состоянии. Ясперсу же принадлежит мысль о различении при выяснении характера взаимоотношений между психическими явлениями психологически понятных связей, которые можно видеть на примере развития бреда при паранойе и причинных зависимостей в собственном смысле, выступающих например при возникновении делириозного состояния. Для сторонников психологического направления, равно как для так называемой ч и с т о й п с и х и а т р и и, представителем которой является К. Шнейдер, типично крайнее пренебрежение к тому, что дает неврологическое изучение и в частности патология очаговых заболеваний. По их мнению изучение афазических, апрактических, агностических и аналогичных расстройств нисколько не приближает к пониманию расстройств в психической сфере. Ясперс даже по отношению к такому хорошо изученному заболеванию, как паралич помешанных, высказывался в том смысле, что он представляется более или менее выясненным только с неврологической стороны, тогда как сущность изменений психического порядка остается совершенно темной. Не подлежит сомнению, что все перечисленные направления в изучении психиатрии не исключают друг друга, а более или менее дополняют. Каждое из них дает что-либо особое, присущее только ему. Все они поэтому имеют известное значение, причем ценность их в глазах того или другого психиатра меняется в зависимости от его исходных точек зрения. В частности, все большее значение приобретает изучение психических реакций и реактивных состояний.

Изучение экзогении в связи с тем, что изменившиеся условия жизни ■ работы в СССР заставляют по-новому ставить задачи медицины, привело у нас к углублению того метода изучения психиатрии, который можно было бы назвать п р о ф и л а к т и ч е с к и м. Поскольку наука вообще не может ограничиться только собиранием фактов и разработкой отдельных явлений, переходя от случая к случаю, постольку и психиатрия не может быть чистой наукой и должна иметь особую целеустремленность. Если все силы в стране направлены на создание лучших форм жизни, при которых могла бы быть сведена до минимума самая возможность каких бы то ни было заболеваний, то естественно в центре внимания психиатрия должна поставить изучение различных вредностей, более или менее резко отражающихся на нервно-психическом здоровье, и наиболее целесообразных способов их устранения. Здесь прежде всего необходимо иметь в виду такие экзогенные факторы, как инфекции, интоксикации, психогения, неблагоприятные условия труда и быта, различные профвредности. Данные этого изучения должны лечь ■ основу организации новых, более гарантирующих долгое сохранение нервно-психического здоровья форм жизни.

Мы лично считаем основным в изучении психиатрии к л и н и ч е с к и й м е т о д в том смысле, как он был выработан Крепелином, с обязательным учетом данных н а с л е д с т в е н н о с т и и к о н с т и т у ц и о н а л ь н ы х м о м е н т о в. При этом должно быть уделено должное внимание и экзогении с включением роли психических факторов и окружающей среды. С точки зрения изучения сущности психозов акцент должно ставить по нашему мнению все же на изучении того, что так низко оценивается психологическим направлением, именно на выяснении состояния церебральных механизмов, поскольку к этой цели можно притти путем изучения физиологических процессов у душевнобольных и мозговых изменений в случаях, дошедших до аутопсии. Считая глубоко обоснованными исходные точки зрения Мейнерта и Вернике и примыкая к взглядам А. Пика, К. Гольдштейна, Клейста и др., мы думаем, что именно на этом пути возможно ждать больше всего достижений; идя этим путем, можно разрешить и основную проблему о сущности психозов и их разделении. Здесь прежде всего нужно отметить, что значение данных нервной физиологии приходится оценивать все более высоко. Интересно при этом, что параллельно изучению условных рефлек-

сов школой Павлова, сведения о работе которой сравнительно недавно в более или менее полном виде стали известны и на Западе, там независимо от того, что делали русские физиологи, шла аналогичная работа, причем из нервных физиологов Шеррингтон и из психопатологов К. Гольдштейн пришли к выводам, в известном смысле аналогичным тем, что получили русские исследователи.

Какую группу явлений ни взяли бы в качестве исходного пункта для изучения психиатрии, оно всегда должно было бы исходить из учения о психике как живой активности, могущей влиять на характер реакции на различные раздражения и формировать самый психоз. Только таким путем можно избежать различного рода ошибок, метафизических построений, одностороннего толкования фактов. Так, игнорирование этого обстоятельства неоднократно было причиной чисто механических подходов в использовании данных нервной физиологии. Такое же значение имела переоценка роли экзогенных факторов, в которых еще в недавнее время многие исследователи видели самое существенное в психозе. Неверное понимание явлений наследственности или эндокринологии неоднократно приводило к витализму. Психиатрия при сложности изучаемых ею явлений всегда была полна различными спекулятивными построениями. Чтобы вывести ее из тупика, нужно положить очень много усилий. Создание новой психиатрии требует синтеза последовательного материалистического мышления и использования полностью достижений целых поколений психиатров. Такая работа не легка, но она представляет неотложную задачу.

Так как ведущую роль в построении психоза играют мозговые изменения, то в основу классификации психозов должны быть положены прежде всего данные патологической анатомии и патологической физиологии.

Наличность определенных изменений в мозгу и особенности их в смысле как локализации процесса, так и в характере преобладания врожденных или приобретенных признаков, — вот те принципы, которые могут быть положены в основу классификации психозов. Полагая, что во всех случаях имеются определенные материальные изменения иногда в смысле грубых деструктивных процессов, иногда только физико-химических, можно сказать, что во всех упомянутых признаках выступают два кардинальные и тесно связанные момента: локализация процесса того или другого характера и его давность, т. е. начало в том или другом периоде жизни, может быть во внутриутробном состоянии или еще в жизни восходящих поколений. Более раннее начало процесса в значительной мере определяет его общую локализацию и характер. Исходя из этих соображений, мы считаем возможным проводить разделение психозов несколько иначе, чем это делается обычно. Это отличие естественно касается главным образом разделения на более крупные отделы. Что касается более мелких групп, то они, как например группа травматических, интоксикационных, инфекционных, эндокринных и других расстройств, настолько прочно определились, что имеются не только в классификации Крепелина, но и в других, в том числе более ранних.

Наличие определенных изменений в мозгу, с одной стороны, ослабоумливающего процесса — с другой, дает прежде всего право выделять тип психозов с характером процесса — первый основной тип. Слово процесс употребляется в смысле не психического процесса Ясперса, а анатомического, с тенденцией к прогрессированию. Этому соответствует постепенное ухудшение и всех клинических явлений, дающих в результате картину стойкого слабоумия. Выделение особого типа заболеваний на основании того, что им свойственен признак про-

и эпилепсия. В 3-м классе также приходится иметь дело с некоторой врожденной неустойчивостью нервных элементов, но эндогенные влияния с особенной интенсивностью сказываются на мезодермальной части нервной системы, обладающей большой способностью к разрастаниям; это ведет к тому, что наступающий и физиологически в известном возрасте перевес в соединительной ткани над нервными элементами ведет к соединительно-тканному перерождению явно патологического характера; иногда здесь акцент приходится ставить на изменении мезодермы, нервные же элементы страдают скорее вторично; это относится главным образом к мозговому артериосклерозу, иногда же на первый план выдвигается отживание и даже отмирание мозговой ткани — старческое слабоумие и часть пресенильных психозов.

Второй подраздел соответствует тому, что различные экзогенные причины можно свести к трем моментам, именно к инфекции, интоксикации ■ механическим повреждениям, распадается на 3 группы заболеваний: инфекционные, интоксикационные и психозы вследствие экзогенных повреждений. Инфекционные психозы в зависимости от характера инфекции можно разбить на отдельные классы, именно: спирохетозы, или спириллозы (сифилис мозга, прогрессивный паралич, рассеянный склероз, возвратный тиф), плазмодийные заболевания (сонная болезнь, малярийные психозы) и другие инфекции. В зависимости от характера интоксикации 2-я группа психозов естественно распадается на следующие классы: а) отравление органическими ядами — эрготизм и авитаминозы (психозы при пеллагре, скорбуте), б) психозы при отравлении химическими ядами (алкогольные психозы, корсаковский психоз, психозы при отравлении свинцом и другими металлическими ядами) и в) психозы при отравлении алкалоидами (морфинизм, кокаинизм).

Группа психозов вследствие экзогенных повреждений мозга в зависимости от характера наносимого повреждения может быть разбита на травматические психозы в собственном смысле ■ психические изменения при кровоизлияниях, размягчениях, вообще очаговых заболеваниях, ■ том числе опухлях мозга.

Второй основной тип может быть соответственно своему существу назван аномалиями сложения. Благодаря тому, что неблагоприятные моменты здесь очень рано обнаруживают свое действие, развитие организма идет с самого начала неправильно. Принимая во внимание тот же принцип — соответствие локализации изменений со временем неблагоприятного воздействия, здесь можно обособить два отдела. В первом речь идет об аномалиях организма в целом. Соответственно тому, что такие аномалии складываются в ряде поколений, они охватывают весь организм, причем получаются своеобразные вариации личности, представляющие нечто цельное и в известном смысле гармоничное. Этот отдел можно назвать поэтому тотальными аномалиями. Сюда нужно отнести группу (круг заболеваний) циркулярного психоза. В другом отделе основным нужно считать аномалию сложения вследствие частичного поражения некоторых отделов нервной системы. Отличие здесь имеется во времени воздействия неблагоприятных моментов — оно относится не столько к жизни рода, сколько к начальным периодам личной жизни; типичным в данном случае нужно считать поражение зачатка, и притом касающееся мозга не целиком, а, как нужно думать, главным образом подкорковой зоны. При этом в одних случаях на первый план выступает нарушение контактов сознательной деятельности коры с жизнью стремлений, характеризующих подкорковые узлы, — это характерно для психопатий; в других случаях основным являются врожденная слабость и ранимость — врожденные болезненные состояния.

Третий основной тип по своему существу может быть назван психическими реакциями.

Необходимость выделения его диктуется не столько многочисленностью относящихся к нему клинических картин, сколько самим существом дела и глубокими отличиями от других основных типов. Здесь прежде всего нет никакого мозгового процесса, и не приходится говорить о каком-либо слабоумии; равным образом дело и не в аномальном сложении. Хотя конституционные моменты и здесь могут играть известную роль, но основным и определяющим является экзогенный. Большая роль психических факторов социального значения заболеваний этого типа. В зависимости от особенностей внутренних механизмов здесь можно выделить два отдела: в одном можно говорить о реакции нервной системы на факторы преимущественно соматического порядка — отдел соматогенный, куда относятся психические изменения при соматических заболеваниях, а также невращения и невроз страха. Ему противопоставляется второй отдел: реакции на психические моменты. Первый подраздел его составляют реакции, представляющие по существу активирование архаических защитных механизмов — истерические реакции; второй — реакции психики без наличия такого психического расслоения и потому более простые и понятные по своему генезу: в одной половине речь идет об острых реакциях — психогенные реакции в собственном смысле: реактивная депрессия, острая реакция испуга, шизоидные реакции; в другой — о более длительных реактивных состояниях: тюремные заболевания, психогенные параноиды, психозы глухих, индуцированное помешательство.

В общем классификация, исходящая из патогенетических принципов, могла бы иметь следующий вид.

Тип А. Процессы

I группа. Эндогенные задержки развития.

а. Микроцефалия.

II группа. Эндогенные повреждения мозга.

Класс а. Первичное поражение нервных элементов.

Шизофрения.

Класс б. Первичное или преимущественное поражение мезодермы.

Мозговой артериосклероз.

Старческое слабоумие.

Пресенильные психозы.

III группа. Экзогенные повреждения мозга.

1-я подгруппа. Инфекции.

Класс а. Спирохетозы.

Сифилис мозга.

Прогрессивный паралич.

Табетические психозы.

Рассеянный склероз.

Класс б. Плазмодийные заболевания.

Малярийные психозы.

Класс в. Бактерийные инфекции.

2-я подгруппа. Интоксикации.

Класс а. Отравление органическими ядами.

Эрготизм.

Пеллагрозные психозы.

Класс б. Отравление химическими ядами.

Алкогольные психозы.

Психозы при отравлении свинцом и другими металлическими ядами.

К л а с с в. Психозы при отравлении алкалоидами.

Морфинизм.

Кокаинизм.

3-я подгруппа. М е х а н и ч е с к и е п о в р е ж д е н и я
м о з г а.

Травматические психозы.

Психические изменения при кровоизлияниях и размягчениях.

Опухоли мозга.

Тип Б. Аномалии сложения

І г р у п п а. *Тотальные аномалии.*

К л а с с а. Циркулярный психоз.

К л а с с б. Врожденные болезненные состояния.

Эндогенная нервность.

Психастения.

ІІ г р у п п а. *Парциальные аномалии.*

К л а с с а. Психопатии.

Тип В. Психические реакции и реактивные состояния

І г р у п п а. *Психические реакции.*

Неврозы.

ІІ г р у п п а. *Реактивные состояния.*

1. С о м а т о г е н и и.

Психические изменения при соматических заболеваниях.

Неврастения и невроз страха.

2. П с и х о г е н и и.

К л а с с а. Психогенные реакций.

Реактивная депрессия.

Острая реакция страха.

Шизоидные реакции.

Паранойя.

К л а с с б. Психогенные состояния.

Тюремные психозы.

Психогенные параноиды.

Психозы глухих.

Индукцированный бред.

Изложенных принципов мы будем придерживаться в порядке описания отдельных психозов.

VII. ПЕРВЫЙ ТИП

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ХАРАКТЕРОМ ПРОЦЕССА

Процессы, развивающиеся на почве внутреннего предрасположения

20. ШИЗОФРЕНИЯ

Знакомство с шизофренией представляет чрезвычайно большой интерес для врача во многих отношениях. Прежде всего это — самое частое заболевание, так как на него приходится около половины новых поступлений в психиатрические больницы. Оно относится к числу наиболее серьезных заболеваний, вызывающих тяжелые изменения в психике с характером упадка, деградации и ■ очень многих случаях приводящих к неизлечимым состояниям слабоумия и полной инвалидности. Еще больше приходится считаться с тем обстоятельством, что несмотря на непрекращающуюся за последние десятилетия разработку проблемы этого заболевания, в которой принимали участие выдающиеся ученые разных стран, притом подходившие к нему во всеоружии различных данных клиники, патологической анатомии, серологии, обмена веществ, учение о нем очень далеко от полной определенности и законченности. С этим стоят в связи и большие диагностические трудности. Представляя в исходных состояниях, отчасти при вполне выраженных болезненных явлениях, ясную и легко различимую среди общей массы психозов картину, ■ легких и начальных случаях шизофрении очень часто дает повод для диагностических ошибок. Этому способствует чрезвычайно разнообразие клинической картины, позволяющее говорить не только о различном течении в отдельных случаях, но и как бы о различных формах этой болезни, подвидах, иногда представляющих как бы самостоятельные заболевания. Положение осложняется тем, что кроме симптомов, имеющих прямое отношение к существу болезни, всегда наблюдается более или менее значительное количество признаков случайного характера, зависящих от различных экзогенных моментов, интоксикации, инфекции и психогении. Эти добавочные этиологические факторы вызывают соответствующие явления особенно в начале болезни, во-первых, потому, что в этом периоде больные остаются еще в прежних условиях жизни и работы, под влиянием прежних неблагоприятных моментов, а во-вторых, нервная система не только не утратила еще пластичности и чувствительности, как то бывает во вполне

развитых случаях, но стала еще более ранима благодаря намечающемуся процессу. Между тем эти добавочные и по своему существу случайные симптомы как раз особенно и затрудняют точное выяснение характера болезни, так как основные признаки шизофрении еще слабо выражены. При таких условиях понятно, что знакомство с сущностью этого заболевания, его клиникой и распознаванием по возможности в ранних стадиях болезни приобретает исключительное значение.

Учение о шизофрении имеет свою очень длинную историю, знание основных этапов которой необходимо для понимания современных к нему подходов.

Схематически можно сказать, что шизофрения в том смысле, который придал учению о ней Блейлер, выросла из так называемого раннего слабоумия Крепелина, а последнее в свою очередь находится в прямой связи с концепцией Кальбаума о кататонии. Кальбаум в свое время очень много сделал для психиатрии, и кое-что из его достижений не утратило своего значения и в настоящее время. Кататонию, или психоз напряжения, он понимал как особое заболевание, течение которого наблюдается несколько периодов: возбуждения, спутанности, общего двигательного напряжения и наконец слабоумия. Очень характерными для этой болезни Кальбаум считал те явления, которые дают право говорить именно о кататонии.

Крепелин в своих психиатрических воззрениях стоял на нозологической точке зрения и думал, что каждый психоз представляет некую особую сущность со своим строго определенным патологоанатомическим субстратом, характерной клинической картиной и течением. Психозы с этой точки зрения в своей внутренней сущности строго отделяются друг от друга; отделение это, правда, не всегда легко, что зависит от недостаточности наших знаний, приводящей к увлечению симптоматикой, когда изучение отдельных симптомов нередко мешает видеть истинную сущность болезни. Таким увлечением отдельными признаками было очень широко распространенное в период начала работы Крепелина учение об аменции. Это была сборная группа довольно различных случаев, объединяемых только одним признаком — спутанностью сознания. Естественно, что случаи, характеризовавшиеся наличием этого признака, представляли очень пеструю картину в смысле симптоматики, течения и исходов. Со стороны Крепелина было большой заслугой сделать попытку создать понятие о психозе на основании не каких-либо случайных признаков, а таких, которые имеют прямое отношение к сущности болезни. Изучив большое количество различных психозов, он пришел к убеждению, что для очень многих из них таким объединяющим признаком может считаться исход в слабоумие. Во многих случаях, значительная часть которых относится к аменции в прежнем смысле, уже очень рано несмотря на всю пестроту клинической картины и разнообразие течения могут быть констатированы признаки ослабления интеллекта, которые вначале обычно бывают очень неотчетливы, в дальнейшем все усиливаются и складываются в форму вполне определенного слабоумия. Выделяемому на основании этих критериев заболеванию Крепелин дал название раннего, или преждевременного, слабоумия (*Dementia praecox*). Все разнообразие отдельных случаев по первоначальному предположению создателя нового учения можно уложить в четыре формы: простое слабоумие, гебефреническое, кататоническое и параноидное слабоумие. В дальнейшем число отдельных подвидов, которые можно различать, принимая во внимание течение и исходы, Крепелином было значительно увеличено. Новое учение привлекло всеобщее внимание и было принято очень многими, и притом не только немецкими, психиатрами. Очень сочувственно оно было принято многими и у нас, причем можно было отметить длинный период, когда концепции Крепелина захватывали все большие круги специалистов, хотя всегда имелось и достаточное количество таких, которые очень сдержанно относились к новым взглядам. Смущало то, что совершенно одинаковые по симптоматике картины в одних случаях действительно оканчиваются слабоумием, в других дают полное выздоровление.

Объединение и тех и других в одну болезненную форму, называемую к тому же слабоумием, для многих казалось неприемлемой натяжкой. Особенно сильное сопротивление встретило учение Крепелина во Франции, где очень были распространены концепции Маньяна о так называемых психозах вырождения и хроническом бреде преследования (*Délire chronique avec évolution systématique*), тем более что большая часть случаев, относимых к этим двум формам, являющимся созданием французской научной психиатрической мысли, Крепелином относятся к тому же раннему слабоумию. При дальнейшей разработке учения о раннем слабоумии, в которой деятельное участие принимали русские психиатры, выяснилось, что наиболее существенным признаком, который имел в виду Крепелин, является не слабоумие как таковое, а своеобразное изменение всей психики, которое Штранский определял как интрапсихическую атаксию, а Блейлер — как расщепление психики, откуда и получилось новое название, ставшее общепотребительным — шизофрения или схизофрения (*σχίζω* — раздвояю, расщепляю). Новые концепции в смысле ознакомления с психологией больных этого рода, изучения самой структуры психоза представляют несомненно шаг вперед, но с клинической точки зрения они создали новые затруднения. Расширение рамок болезни привело к включению в нее значительного количества легких форм, нередко таких, по отношению к которым спорным является даже вопрос о наличии душевного расстройства. Это сделало затруднительным отграничение шизофрении не только от других душевных заболеваний, но и от патологических характеров, в особенности от так называемых шизоидных личностей, понятие о которых возникло приблизительно вместе с понятием самой шизофрении. Так как требование снижения интеллекта в собственном смысле в новой концепции отпадает, то часто бывает затруднительно отграничить от некоторых случаев более или менее кратковременных психозов, вызванных какими-либо внешними моментами. Трудность возникает главным образом потому, что и шизофрения может быть вызвана каким-либо внешним моментом и часто ■ этих случаях как раз нередко дает картину полного выздоровления. При таких условиях трудно бывает решить вопрос, идет ли речь о настоящей шизофрении, хотя ■ спровоцированной инфекциями, или о симптоматическом психозе, представляющем только внешнее сходство с рассматриваемым психозом. Сложность положения увеличивается еще и потому, что иногда внешние моменты, обычно при длительном действии, например психическая травматизация, туберкулез, различные инфекции, могут, не давая психоза, привести к значительным изменениям психической личности, едва ли отличимым от того, что представляет шизоид, если не обратить внимания, что последний представляет своеобразную психическую индивидуальность, черты которой можно отметить еще ■ детстве. Работа психиатрической мысли последнего времени в области изучения шизофрении концентрируется главным образом вокруг вопросов отграничения от симптоматических психозов, от психопатии и в частности от шизоидных психопатов.

Большое внимание уделяется также дальнейшему углублению в психологию больных этого рода, так как первоначальная характеристика Блейлера оказалась слишком грубой и ее можно считать только первым этапом в ознакомлении с психологией шизофрении. Для большинства исследователей психологическая концепция Блейлера представляется вместе с тем слишком широкой. Одной из очередных задач психиатрии в связи с этим является выделение из общей массы шизофренических случаев, по отношению к которым можно говорить о процессе, приводящем к слабоумию, от случаев, кончающихся выздоровлением. Современный подход к изучению сущности этой болезни проходит под знаком отделения истинной шизофрении, в основе которой лежит определенный мозговой процесс, дающий в результате слабоумие, от так сказать шизофренических симптомокомплексов или, как говорят иногда, экзогенных шизофрений. Первые случаи до известной степени соответствуют крепелиновской концепции раннего слабоумия, которые представляют предмет тщательного изучения психиатров, имеющего целью выяснить точную структуру и те признаки, которые отличают экзогенную шизофрению от собственно шизофрении. Во Франции их называют случаями шизомании, принципиально отделяя от шизофрении. В Германии говорят о шизофреническом типе реакции, о шизоформных реакциях, о симптоматических шизофрениях.

Клиническая характеристика шизофрении

Как видно из сказанного, ш и з о ф р е н и я в собственном смысле эндогенное, основывающееся на наследственном предрасположении заболевание, развивающееся обычно изнутри без внешних толчков, характеризующееся общим изменением всей психической личности с характером снижения тонуса, с утратой единства, с внешней стороны проявляющимся в замкнутости, отгороженности от внешнего мира, с тенденцией к снижению интеллекта. Клиническая симптоматика в данном случае чрезвычайно разнообразна. В нее входит почти все, что было изложено в главах, содержащих описание феноменологии психоза вообще. С другой стороны, по отношению к шизофрении, больше чем к какой-либо другой болезни, справедливо, что для характеристики имеет значение не один какой-либо симптом и даже не совокупность их, а так сказать особенности внутреннего сцепления между ними. К проявлениям болезни, как в целом, начиная с вступительных изменений и до исходного слабоумия, так и отдельных ее форм относится очень большое количество симптомов. Но если бы давать подробное и исчерпывающее их изложение с приурочением их к отдельным периодам и болезненным формам, то это было бы только внешнее описание, которое не дало бы представления не только о сущности болезни, но даже и о клинической характеристике. Здесь всего важнее взаимоотношения между отдельными симптомами, а еще больше — соотношения их с общими изменениями личности, которые должны считаться основой всех совершающихся изменений. Каждый симптом приобретает значение только в связи с оценкой общих изменений, развивающихся в психике и изменяющих всю ее структуру. При таких условиях для ознакомления с сущностью шизофрении приобретает особенное значение именно выяснение этих общих изменений всей психической личности, изменение всего психического облика, иными словами изучение п с и х о л о г и и ш и з о ф р е н и и. Ознакомление с ее особенностями и отличиями как от здоровой психики вообще, так и от того, что представлял больной до заболевания, больше всего может дать для понимания этой болезни. Проникновение в психику больного шизофренией — единственное, что может дать ключ к пониманию как отдельных симптомов, так и совокупности их и поведения больного в целом.

В центре шизофренической психики лежит своеобразное и з м е н е н и е с о з н а н и я с а м о г о «я» и всей личности с нарушением нормальных установок к окружающему. Оно прежде всего характеризуется все больше выступающей замкнутостью в себе, отчуждением от всего остального. При наличии этого аутизма личность больного приобретает все больше значение чего-то самодовлеющего, находящего в самом себе все, что нужно для сохранения известного равновесия, и не нуждающегося в каких бы то ни было возбуждениях со стороны. С внешней стороны этот аутизм выражается в замкнутости, все в большем отчуждении от окружающего с некоторым активным сопротивлением попыткам нарушить со стороны эту замкнутость

и вступить в контакт с больным. По внутренним механизмам развития аутизм стоит в связи с другими особенностями шизофренической психики и прежде всего с кардинальным явлением, давшим название всей болезни, — расщеплением психики. Последнее заключается в том, что элементы психики оказываются разрозненными, не объединенными в одно гармоническое целое, а как бы существующими отдельно сами по себе. Это в свою очередь обусловлено ослаблением психической активности, сказывающемся в недостаточной деятельности синтеза и в недостаточной обработке внешних впечатлений.

Отгороженность от внешнего мира находит себе и прямое объяснение в биологических изменениях, постоянно наблюдающихся при шизофрении. В этом отношении прежде всего заслуживает внимания типичное для шизофрении отсутствие или по крайней мере более или менее значительное ослабление рефлексов кожи и слизистых оболочек, являющихся, как известно, своего рода защитными механизмами. Такие особенности не представляют изолированного явления, а являются частичным случаем общего ослабления способности шизофренического мозга реагировать на внешние раздражения. Так например обычное явление, что у шизофреников бывают слабо выражены реактивные явления на интоксикацию и инфекцию. В связи с этим при вполне выраженной болезни инфекции большей частью протекают без бреда. К явлениям того же порядка относится и то, что образование условных рефлексов на какие-либо раздражения у шизофреников дается с большим трудом, причем уже установившиеся рефлексы сравнительно скоро угасают. Все это говорит за то, что у больных этого рода существуют какие-то объективные условия, благодаря которым контакт с окружающим и живость реагирования на идущие извне раздражения оказываются нарушенными. Отчасти здесь приходится считаться с своеобразными прирожденными особенностями психической организации, так как явления аутизма нередко могут быть констатированы задолго до обнаружения болезни, но несомненно, что с ее началом усиливаются все ранее только намечавшиеся признаки, — частности и аутизм. В некоторых случаях развитию аутизма способствуют своеобразные явления психической гипертестии, особая чувствительность, делающая для больного неприятным близкое соприкосновение с окружающим и заставляющая его особенно замыкаться и отгораживаться. Естественно, что аутизм и внешние выражения его — замкнутость и малая общительность психики — представляют нечто гораздо более глубокое и стойкое, чем неохота нормального человека к общению с другими, вызванная эмоциональными моментами. Расщепление психики является биологической базой не только для аутизма, но и для других симптомов, также считающихся основными для этой болезни. Благодаря разрозненности отдельных элементов, относящихся к одному и тому же явлению, но не объединенных шизофреническим мышлением, происходит то, что все они, в том числе и контрастирующие между собой, существуют самостоятельно, независимо друг от друга. В нормальных условиях каждое новое явление, по отношению к которому человек должен занять ту или другую позицию, в конце концов находит себе общую и единую оценку, определяющую по отношению к нему и линию поведения. В каждом более или менее сложном явлении всегда имеется много различных сторон, очень много признаков, разнообразных по характеру и степени выраженности. Нормальная психика, учтя все отдельные моменты, взвесит pro и contra, выведет определенное заключение, которым и руководствуется в своем поведении. У шизофреника очень слабо это объединяющее мышление, и отдельные элементы не сливаются в одно целое, причем каждый имеет тенденцию дать реакцию, адекватную только ему.

Больным кажется важной то одна то другая сторона всякого явления, и поэтому они меняют нередко по многу раз свое отношение к нему. Наиболее ярко это выражается при наличии двух противоположных по своему характеру сторон, одна из которых притягивает, а другая отталкивает. Например, здороваясь с вра-

чом, т
рет ее
ния, с
так до
как п
разли
ного
больш
пригл
прово
вания
жающ
жители
време
кабин
а м б
назва
тов,
шей
шизо
мерах
деть
лише
чивы
имея
щихс
сивны

С
психа
и амб
внутр
больш
пацие
но не
рые в
прояв
прояв
можн
мых
рых д
ного.
впеча
ном с
ватно
внутр
тормо
ром И
Несом
много
Бери
шизо
общес
имею
псих
благо
проц

чем, такой больной попеременно то протягивает руку, то тотчас берет ее обратно, и так по многу раз; входя в кабинет для исследования, он, остановившись, то делает шаг вперед, то отступает назад, и так до бесконечности. Естественно, что и для таких простых актов, как пожатие руки и посещение кабинета, можно представить много различных мотивов как для положительного, так и для отрицательного решения вопроса. Обычная реакция для здоровых людей и для большинства больных это — не задумываясь подать руку и принять приглашение. Психологически понятна была бы последовательно проводимая отрицательная реакция у больного с бредом преследования по отношению к врачу или с бредовыми установками к окружающим вообще. Но в данном случае одновременно имеется и положительная и отрицательная оценка одного и того же явления и одновременно противоположные тенденции — протянуть руку, войти в кабинет и сделать как раз обратное. Это явление носит название амбивалентности и амбитендентности, причем первое название имеет в виду характеристику интеллектуальных компонентов, а второе — связанные с ними импульсы к действию. В большей или меньшей степени такая амбивалентность свойственна всем шизофреникам. Хотя в такой резкой форме, как в приведенных примерах, она проявляется не особенно часто, все же в ней нужно видеть причину того, что все поведение шизофреника оказывается лишенным единства, состоящим из разрозненных и часто противоречивых актов; еще чаще она выявляется в том, что шизофреник, не имея возможности сделать окончательный выбор из представляющихся решений, остается инертным, бездеятельным, совершенно пассивным в своем отношении к окружающему.

От неуверенности в своих действиях и нерешительности, свойственной психастеникам и вообще невротикам, шизофреническая амбивалентность и амбитендентность отличаются существенными признаками. Со стороны внутренних переживаний нерешительность психастеников характеризуется большой эмоциональностью и совершенно иным отношением к ней самого пациента: он сознает ее нелепость, мучается ею, стремится преодолеть, но не может; шизофреник пассивно увлекается теми представлениями, которые в данный момент оказываются господствующими. С внешней стороны проявления амбивалентности и амбитендентности более грубы, упорны, проявляясь не только в сложных действиях, по отношению к которым возможны сомнения в смысле правильности того или иного подхода, но и в самых элементарных двигательных актах, выполнение или невыполнение которых даже в самой малой мере не может чем-либо нарушить интересов больного. Поведение амбивалентного шизофреника может иногда произвести впечатление полной нелепости и слабоумия, однако же последнего в собственном смысле здесь нет. Возможность правильного понимания явлений и адекватного поведения не исключается, но она не выявляется в силу каких-то внутренних причин. Это последнее иногда можно трактовать как явление торможения, близкое тому, что носит это название у физиологов. Недаром И. П. Павлов сближает некоторые клинические явления с торможением. Несомненно однако, что в главной своей основе явления при шизофрении много сложнее. Нужно считать, что ближе к истине немецкий психиатр Берингер, говорящий об ослаблении интенциональной дуги в мышлении шизофреника, и Берце, по которому самое существенное при шизофрении — общее снижение психической активности, благодаря чему не выявляются имеющиеся налицо возможности, причем поражаются более высоко стоящие психические силы, иными словами высшие психические способности. Именно благодаря понижению психической активности, касающейся более высоких процессов, получают преобладание явления, которые характеризуют по-

давленную в обычном состоянии жизнь низших стремлений и инстинктивных влечений. Однако положение дела нельзя представлять себе так упрощенно, что речь идет о расторможении импульсов, идущих из подкорковой зоны вследствие расторможения коры, с деятельностью, которой принято связывать высшие психические процессы. Несомненно имеют место более глубокие изменения всей психической личности. Последняя представляется шизофренику связанной с окружающим каким-то особенным отношением. В этом наблюдается некоторая аналогия с мышлением первобытного человека, как ее описывает Леви Брюль. Все окружающее воспринимается шизофреником как имеющее к нему определенное отношение, воспринимается особым символическим образом, с точки зрения каких-то таинственных связей с окружающим, каких-то магических влияний, объектом которых являются он и его тело. Мышление шизофреника таким образом не адекватно мышлению нормального человека, почему часто называют его паралогическим, идущим как бы по своим законам, отличным от всех закономерностей, которые можно видеть в мышлении здорового человека. Говорят также об отвлеченности, абстрактности мышления шизофреника, стоящей в связи с его отрешенностью от внешнего реального мира и внутренней устремленностью, интравертированностью по терминологии Юнга.

Расщепление психики обычно касается таких образований, которые являются наиболее прочными, в частности сознания самого «я» больного. Последнее в нормальном состоянии характеризуется рядом признаков, к числу которых относятся активность, единство, непрерывность и сознание, что данные переживания принадлежат именно субъекту, являются его личными. «Я» шизофреника оказывается лишенным всех этих свойств и прежде всего единства. Оно кажется совершенно иным, подмененным, лишенным обычных своих свойств. С этим стоит в связи тот факт, что шизофреники иногда говорят о себе в третьем лице. Этим утверждается прежде всего наличие глубоких изменений в сознании своего «я» и притом с ясным отщеплением одних элементов личности от других: «я» наблюдающее — центральная часть — получает значение чего-то самостоятельного и независимого от «я» действующего. В этом можно видеть уже проявления наиболее существенного шизофренического симптома — расщепления личности, приводящего иногда к представлению о том, что ■ больной живут два как бы отдельных человека, которые находятся ■ известном антагонизме: один действует, другой критикует, осуждает или защищает. Иногда сам больной отождествляет себя с одной из этих двух личностей, иногда же они представляются существующими совершенно независимо от него. Идя еще далее, расщепление может превратить личность в беспорядочное собрание разрозненных обрывков, причем получается полный распад личности, при котором с трудом можно уловить намеки на прежнюю структуру. Благодаря тому, что переживания больного утрачивают характер чего-то личного, принадлежащего именно ему, отдельные представления или группы их начинают казаться чем-то чуждым, посторонним, внушенным со стороны.

Описанные изменения личности шизофреников в некоторых отношениях напоминают деперсонализацию меланхоликов, которым их «я» также кажется измененным, совершенно иным, ставшим безжизненным и бесчувственным. В этом случае нет однако нарушения единства личности и ее непрерывности: меланхолик не думает о существовании какого-то другого человека, а высказывает убеждение в изменении собственной личности и это изменение ставит себе в вину. Между тем у шизофреника все явления гораздо более грубы, носят характер полного расщепления, распада. Общим до

известн
у мелан
же гла
интелл
шизофр
тогда к
что в с
болезн
основн

Изн
являет
значен
шизоф
нию к
что по
Естест
ненорм
щих и
болезн
в цент
вегетат
ющих
в боль
не пр
пульса
ражен
из 65
б о л
стоту
многи
ные я
боли
расстр
именем
статир

Бо
ство р
пухне
они в
что го
может
надброс
катыва
ных в
удержа
ходящ
которь

На
в боль
с галл
ни. Бо
жит за

19 Пс

известной степени является изменение органических ощущений, которое и у меланхоликов довольно глубоко. Хотя там оно носит иной характер, все же главные отличия заключаются не в эмоциональных переживаниях, а в интеллектуальных расстройствах, которые стоят на первом плане при шизофрении, сопровождаются глубоким нарушением психической структуры, тогда как личность меланхолика в своем существе совершенно не изменена, что в особенности ясно выступает по миновании приступа болезни; после болезни личность меланхолика выходит прежней, не поврежденной в своих основных свойствах.

Изменение ощущений, связанных с деятельностью органов тела, является постоянным и существенным признаком, имеющим большое значение для генеза многих явлений, характерных для психологии шизофреников. По отношению к шизофрении, больше чем по отношению к какому-либо другому психозу, имеет силу общее положение, что психоз — это заболевание всего организма, а не только мозга. Естественным поэтому появление в сознании шизофреника новых, ненормальных ощущений, действующих на самочувствие и исходящих из внутренних органов. Но нужно иметь в виду, что при этой болезни очень часты изменения в подкорковой зоне и в частности в центрах вегетативной нервной системы. В результате глубоких вегетативных расстройств, связанных с изменением соответствующих отделов центральной нервной системы, у шизофреников в большом количестве появляются различные ощущения, обычно неприятного характера, парестезии, ощущения перебирания, пульсации, прохождения электрического тока, иногда вполне выраженные боли. По статистике психиатрической клиники II ММИ из 65 случаев шизофрении в 52 наблюдались резкие головные боли, а в остальных — ощущение тяжести и напряжения. На частоту головных болей при шизофрении указывал Блейлер. Во многих случаях они носят особый характер, напоминая аналогичные явления при мигрени, отчасти при опухолях мозга. Головные боли несомненно стоят в связи с вазомоторными и секреторными расстройствами, иногда с теми изменениями, которые известны под именем мозгового набухания (Hirnschwellung) и очень нередко констатируются на вскрытиях шизофреников.

Большинство больных жалуется не столько на боль, как на чувство распирания, разбухания мозга. Им кажется, что мозг растет, пухнет, увеличивается, заполняет весь череп, давит на кости головы, они выпячиваются, разжимаются, расходятся. Больные чувствуют, что голова находится под каким-то напором, что в любой момент она может лопнуть, разорваться; изнутри что-то напирает на глаза, на надбровные дуги, в результате глаза по выражению больных выкатываются, надбровные дуги и виски выпячиваются. Одна из больных в момент сильной боли обвязывает голову полотенцем, чтобы удержать таким путем кости на месте. Боль всегда ощущается исходящей изнутри. Болит самый мозг, в нем точно назревает нарыв, который пульсирует, жмет и давит.

На фоне различных ощущений, очень частых при шизофрении, в большом количестве развиваются иллюзии, которые вместе с галлюцинациями играют большую роль в патологии этой болезни. Больному кажется, что к нему кто-то прикасается, кто-то лежит за спиной на одной с ним кровати. К иллюзиям общего чувства

нужно отнести такие ощущения, точно внутри, в брюшной полости, в грудной клетке, вообще в теле находится что-то постороннее, живое.

Гораздо большее значение имеют галлюцинации. Наклонность к ним некоторые психиатры относят к числу основных признаков шизофрении. Особенно часто наблюдаются, и притом в характерной форме, обонятельные и слуховые галлюцинации. Отчасти здесь приходится считаться с явлениями гиперестезии, которые являются такими же признаками раздражения, как вышеописанные неприятные и болевые ощущения. Если вспомнить, что например Хальбан (Halban) констатировал у беременных значительное повышение остроты восприятия главным образом обонятельных и вкусовых ощущений, то нечто подобное может иметь место и здесь. Во всяком случае у шизофреников очень часты и галлюцинации в собственном смысле. Больного преследуют различные запахи, большей частью неприятного характера: запах гари, тухлых яиц, мертвечины, запахи каких-то неизвестных ядов, запах пота, мочи и испражнений. Часто больному кажется, что дурной запах идет от него самого.

Вкусовые галлюцинации чаще всего бывают в такой форме, что в пище кажется какой-то странный привкус чего-то металлического, какого-то яда; мясо в супе имеет вкус мертвечины, какой-то гнили.

Слуховые галлюцинации чаще всего наблюдаются в форме голосов, которые бывают то единичны, то многочисленны и слышатся со всех сторон. Голоса то громки, реальны и слышатся так отчетливо, что можно указать направление, откуда они идут, то почти беззвучны, слышатся в виде шопота. Иногда больной не может сказать, откуда слышатся голоса, в некоторых случаях голос или голоса слышатся внутри самого больного, в груди, особенно часто в голове. Особенно характерны так называемые внутренние голоса и «мнения». Больному кажется, что, хотя он ничего не слышит, кто-то говорит прямо ему в голову. Типичны для этой болезни те явления, которые известны под именем псевдогаллюцинаций или психических галлюцинаций, а также то, что его мысли и отдельные слова как бы громко повторяются кем-то (Gedankenlautwerden). Иногда больные говорят о телефоне, беспроволочном телеграфе, о радио.

Содержание галлюцинаций большей частью неприятно для больного; он слышит брань, угрозы по своему адресу, его обвиняют в различных преступлениях по службе, в дурном отношении к семье, в разврате. Иногда он слышит длинные дискуссии, в которых принимает участие большое количество лиц, обсуждается вся прошлая жизнь больного, причем находят, что он всегда был скверным человеком, вором, онанистом, государственным преступником, шпионом. Иногда слышатся голоса, которые встают на его защиту. Иногда слышатся диалоги; два голоса, которые спорят между собой, и оба локализируются внутри головы больного. Чаще всего говорящие не обращаются непосредственно к больному, а как бы говорят между собой про него, называя его по имени или просто «он». Довольно типичны для шизофрении слуховые галлюцинации такого рода, что голос, принадлежащий невидимому лицу, регистрирует все, что делает больной, насмехаясь и браня, например: «Вот он теперь раздевается и ложится в постель, теперь будет спать» и т. д. В некоторых случаях гал-

Рис

люци
тину
прин
ной
голос
спут

Ре
образ
можн
ности
произ
плоти
Анал
догал
предс

Оз
даже
затру
малой
ния в
ходит
назыв
взгля
больн
ушей
судит
кому-



Рис. 39. Затыкание ушей шизофреником со слуховыми галлюцинациями.

люцинаторные переживания шизофреников вообще принимают картину психического автоматизма Клерамбо. Большой частью голоса принадлежат незнакомым, реже — знакомым людям, которых больной не видит. Иногда же больному кажется, что слышимые им голоса принадлежат окружающим, прохожим на улице, случайным спутникам в трамвае.

Реже бывают зрительные галлюцинации, которые также разнообразны. Особенностью зрительных галлюцинаций шизофреников можно считать то, что они большей частью лишены яркости и жизненности. Галлюцинаторные образы как-то бестелесны, нереальны, производят впечатление нарисованных картин, а не созданий из плоти и крови. Иногда фигуры двигаются, как в кинематографе. Аналогично слуховым обманам чувств и здесь нередко бывают псевдогаллюцинации, — те или другие образы видятся как-то мысленно и представляются лежащими где-то вне поля зрения, иногда в голове.

Ознакомление с содержанием галлюцинаций шизофреников, даже самое доказательство их наличия представляют большие затруднения вследствие аутистических установок таких больных, малой общительности и даже склонности скрывать свои переживания вследствие тенденции к диссимуляции. В таких случаях приходится руководствоваться оценкой общего поведения больных и так называемыми объективными признаками галлюцинаций: пристальным взглядом в одну точку, поворотом головы, заставляющим думать, что больной к чему-то прислушивается, зажиманием носа, затыканием ушей и т. п. (рис. 39). Иногда о наличии галлюцинаций можно судить по неожиданным быстрым движениям, выкрикиваниям ответов кому-то в пространство, отказам от пищи.

К числу характерных явлений при шизофрении нужно отнести также и бредовые идеи. Хотя они не представляют абсолютно постоянного признака при этой болезни, но там, где бывают — а таких случаев все же большинство, — по своей структуре, в которой можно видеть ясное отражение основных моментов шизофренического мышления вообще, являются очень важным ингредиентом клинической картины. Точное выяснение их характера имеет большое значение для понимания сущности болезни и для отграничения ее от других заболеваний. Это относится не столько к содержанию их, сколько к механизмам развития, построению и той роли, которую они играют в жизни больного и в отношении к окружающим. В смысле генеза бредовых идей определяющим моментом является изменение самочувствия больного, наличие большого количества различных новых ощущений в теле, иллюзии и галлюцинации, а также расстройства в интеллектуальной сфере. Наиболее характерным для шизофреников является по терминологии психиатрической клиники II ММИ катестезическое бредообразование, т. е. такое, где главную роль играет изменение мира ощущений, в котором живет больной. Различные ощущения, испытываемые им в теле, боли в разных местах, ощущение чего-то постороннего, расстройства вкусовых, обонятельных и других ощущений — все это определенным образом влияет на восприятие окружающего. В связи с понижением критизирующей и комбинирующей деятельности на этой почве развивается бред, который естественно должен принять форму бреда физического воздействия. Появившиеся в результате биологических изменений в организме и в частности расстройств вегетативной нервной системе ощущения вместе с иллюзиями и галлюцинациями дают материал для бреда отравления, воздействия электрическим током, бреда внушения, вообще различных форм физического воздействия. Испытывая изменения во всем организме и не имея возможности отнестись к ним критически и оценить их как результат болезни, шизофреник причину этого изменения проецирует наружу и видит ее в каких-то воздействиях других людей. Замкнутость таких больных вместе с нарушением контакта с окружающими лишает больного возможности более полно ознакомиться со всеми сторонами явления, что могло бы дать в некоторых начальных случаях известную коррекцию намечавшихся бредовых идей, и в то же время она является причиной того, что бредообразование идет внутри замкнутого круга аутистических переживаний больного, вне связи с окружающей реальной жизнью, почему бред при своем обнаружении поражает своей странностью, неожиданностью, как бы надуманностью и несоответствием реальной обстановке. Больные становятся как-то особенно недоверчивы и подозрительны. Им кажется, что окружающие стали к ним иначе относиться, сторонятся от больного, шепчутся между собой, смеются над ним; на улице и в трамвае попадаются постоянно одни и те же подозрительные лица, в пище замечается какой-то странный вкус. Некоторое время дело ограничивается только настороженностью и как бы приглядыванием к тому, что делается кругом, и можно говорить об особом периоде инкубации, в течение которого бредовые идеи как бы вынашиваются; потом у больного появляется определенное убеждение,

что его подозрения вполне основательны. В силу замкнутости шизофреников и подозрительности по отношению ко всем окружающим вполне созревшие бредовые идеи как правило очень долгое время не высказываются, даже упорно скрываются. При наличии вполне определенного бреда на прямые вопросы об отношении больного к лицам, вплетенным в этот бред, получаются обычно уклончивые или даже отрицательные ответы. При большой склонности к диссимуляции больной очень часто упорно и с большим искусством скрывает свое бредовое отношение к воображаемым врагам и ведет себя по отношению к ним так, что последние долгое время могут ничего не подозревать. Это может случиться даже с самыми близкими к больному людьми, которые постоянно живут с ним и казалось должны были бы знать его психологию. Так в одном случае шизофреник в связи с развитием у него бреда ревности в начале болезни сделал неожиданное нападение на жену, едва не кончившееся тяжелым несчастьем, хотя до этого ничем не проявлял к ней враждебного отношения.

Очень частой формой бреда преследования у шизофреников является бред внушения, влияния. Больному кажется, что весь он находится в подчинении у каких-то неизвестных ему людей, во власти какой-то особой силы, что все его мысли и поступки не его, а внушены другими. Сам он просто автомат, игрушка каких-то таинственных сил. Истолковывая характер этого влияния, больной иногда говорит о гипнозе, внушении на расстоянии, чтении его мыслей и внушении несвойственных ему желаний, импульсов к тем или другим поступкам, о действии особых лучей, о радио, о каких-то особенных машинах. К особенностям бредовых концепций шизофреников нужно отнести, что бред преследования очень часто связывается не с окружающими и вообще известными ему людьми, а с какими-то подозрительными, неизвестными личностями. В особенности эта черта выступает тогда, когда бредовые идеи обширны, сложны и, как это часто бывает, обнаруживают тенденцию складываться в целую систему. В таких случаях часто фигурируют какие-то особые таинственные организации, шайка злоумышленников, мафия, масоны, контрреволюционеры. Больной не знает никого из этих злоумышленников ни в лицо ни по имени, но убежден в их существовании, так как постоянно чувствует на себе их влияние. Характер воздействий больному кажется настолько своеобразным, что часто он не может определить его в общепринятых выражениях, а должен придумывать особые названия, не останавливаясь иногда перед изобретением новых слов.

Бред величия не так часто встречается, но если имеется налицо, в своей структуре представляет все особенности шизофренической психологии. Содержание бреда, как это свойственно ему вообще, меняется в зависимости от особенностей переживаемого времени, от социального положения и полученного образования. С внешней стороны часто как будто бы наблюдается большое сходство с прогрессивным параличом, так как фигурируют те же идеи высокого положения, обладания различными талантами, но внутренний смысл и психогенез совершенно иной. Бреду величия шизофреника не хватает конкретности и реальности, он не считает себя просто Наполеоном, верховным комиссаром, знаменитым артистом, а характеризует свое отличие от обыкновенных людей особым, часто туманным и не всегда

понятным образом. Например он начинает думать, что он — гений, которому никогда еще не было равного; он призван произвести великие реформы, осчастливить всех людей, он изобрел особую систему массажа, которая сразу откроет глаза всем людям и научит их, как надо жить, чтобы все чувствовали себя не знающими печали.

Характерно, что шизофреник, создавая бредовые системы, направленные как будто к благу других, всегда имеет в виду не конкретных людей, близких ему и вообще окружающих, а какого-то отвлеченного человека, все человечество. Этим он тоже отличается от больного параличом, который раздает свои воображаемые богатства окружающим и старается сделать счастливыми прежде всего тех, кто оказал ему какую-нибудь услугу. В возвеличении себя шизофреник видит осуществление какой-то высшей воли, предназначения каких-то таинственных сил. В связи с этим очень типично для бреда величия шизофреников, что они часто воображают себя пророками, вождями, преобразователями, предназначенными показать человечеству новые пути. Очень часто можно открыть в конструировании бреда тенденцию к чему-то мистическому, таинственному, к чему-то особенному, что нельзя измерять на обыкновенный аршин.

Во многих случаях бредовые идеи величия наблюдаются у шизофреника одновременно с бредом преследования, иногда входя в одну и ту же систему, причем одни идеи представляют как бы логическое развитие других; больного преследуют потому, что завидуют ему, хотят отнять у него его высокое положение, присвоить и выдать за свои его изобретения и т. д.

Бредовые идеи шизофреников характеризуются еще тем, что, находясь в органической связи с основами его мышления, они стойки, не поддаются разубеждению и в большей мере находят себе отражение в его поведении. Шизофреника несмотря на то, что у него долго сохраняются формальные способности интеллекта и запас сведений, никогда не удастся убедить в том, что его подозрения необоснованы или претензии на высокое положение нелепы. Наоборот, противоречия и возражения делают больных особенно упорными и заставляют, усиливая свою аргументацию, все более развивать бредовые концепции. Можно далее говорить об очень большой последовательности поведения больного с точки зрения его бредовых идей. Ими определяются социальные установки, отношение к окружающим, например окончательный уход от других людей и создание полной изоляции, а также меры защиты, которые больной принимает, и нападения на других. В дальнейшем по мере все большего нарастания слабоумия бредовые концепции утрачивают свою цельность и единство, а еще дальше, вместе с распадом психики, превращаются в отдельные обрывки, причем высказываемые отрывочные бредовые идеи кажутся совершенно бессмысленными и не оказывают уже никакого влияния на поведение больного.

Характерные для шизофрении черты бреда выступают с особенной ясностью не тогда, когда бред вообще слабо развит, и сводится, как это часто бывает, к 2—3 более или менее связанным между собой мыслям. Их нужно изучать на тех случаях, когда развитие бреда приводит к созданию особенно пышных картин. В смысле влияния на поведение особенно интересны те случаи, в которых безумные мысли и вытекающие из бредовых фантазий желания более или менее полностью осуществляются в жизни, не встречая препятствий благодаря исключительному положению пациента. В этом отношении заслуживает внимания история заболевания баварского короля Людвига, происходившего из очень дегенеративной семьи Виттельсбахов.

Он в течение ряда лет страдал шизофренией с большим количеством бредовых идей величия и преследования, которые не мешали ему некоторое время оставаться на троне.

Бред преследования и страх людей привели к тому, что он целые месяцы проводил в одиночестве или по крайней мере не видя ни одного лица. Пища ему подавалась на столе, который с помощью особого механизма выдвигался из-под пола. Приближенные, являясь к нему на прием, должны были надевать

маски. Когда он посещал придворный театр, то в последнем не должно было быть других зрителей кроме него. Сам он сидел в закрытой ложе, причем ни со сцены ни из зрительного зала не видно было, находится ли в своей ложе король или нет. Артисты должны были играть в пустом театре, не будучи уверенными, что у них имеется хотя бы один зритель. Для короля-шизофреника был устроен по его указаниям уединенный замок, на свинцовой крыше которого было устроено озеро, на нем плавал искусственный лебедь, на которого садился король, воображавший себя Лоэнгрином. Такие резкие расстройства не мешали однако больному сохранить достаточную ориентировку ■ даже хитрость. Это видно из того, что он, покончив жизнь самоубийством при недостаточном выясненных обстоятельствах (видимо, утонул в озере), погубил вместе с собой своего лейб-медика, известного психиатра Гуддена.

Интеллектуальные расстройства шизофреников

Из того, что было сказано об аутизме и расщеплении психики шизофреников, а также из ознакомления со структурой бредовых образований у них видно, что мышление больных этого рода должно отличаться большими особенностями. Оно лишено конкретности, реальности и, будучи оторвано от действительности, характеризуется отвлеченностью, абстрактностью. Оно в то же время идет какими-то своими путями, совершенно отличными от нормального психического функционирования, совершенно с ним несоизмеримо и, так сказать, иррационально. Здесь на первый план выступают не столько количественные изменения, именно ослабление, сколько качественные с полным извращением нормальных отношений.

Это видно уже из рассмотрения такого сравнительно простого процесса, как течение представлений, ■ из анализа ассоциаций. Последние, как установлено Иссерлином и другими, носят особый характер, — неожиданны, часто как будто не имеют никакого отношения к слову-раздражителю; немецкие психиатры называют их прыгающими ассоциациями (sprunghafte). Такой же характер неожиданности, непонятности имеет и все мышление шизофреников. Ознакомление с психикой последних, понимание движущих мотивов поэтому всегда представляет большие трудности, ■ часто получается впечатление, что имеешь дело с человеком с другой планеты; вчувствование же (einfühlen) в шизофреническую психику, установление контактов, взаимного понимания и симпатий в полной мере едва ли вообще возможно. Существуют все основания говорить, как это делают многие авторы, о паралогичности мышления шизофреников. Отсутствие цельности психики, расчленение ее на несколько как бы самостоятельных больших кругов представлений является причиной того, что при одной и той же ситуации реакция шизофреников каждый раз оказывается иной и всегда неожиданной и непонятной. Это отщепление друг от друга как бы отдельных личностей делает положение аналогичным тому, что наблюдается во сне; справедливо обращают внимание (Конштамм, Блейлер) не только на большое сходство, но может быть даже на полное тождество явлений, имеющих место в сновидениях и в образовании бреда у шизофреников. Как там, так и здесь переработка внешних впечатлений дает самые причудливые сочетания и благодаря выключению деятельности центральной личности делает возможными явления, противоречащие повседневному опыту и здравому смыслу. Сходство можно видеть и в том, что у шизофреника, как бывает в сновидениях здорового человека, окружающее нередко быстро меняется, как в калейдоскопе: например подвергается метаморфозам лицо собеседника, которое сначала меняет свое выражение, потом вдруг превращается в лицо совсем другого человека, в какое-то животное и т. д. Сюда же нужно отнести так называемое уплотнение (Verdichtung), когда один образ совмещает в себе сразу несколько самостоятельных образов; например знакомый больного оказывается одновременно и его дядей и какой-нибудь исторической личностью. Это явление отличается от так называемой двойственной ориентировки, тоже очень характерной для шизофренической психики.



Рис. 40. Стереотипия в рисунках шизофреника.

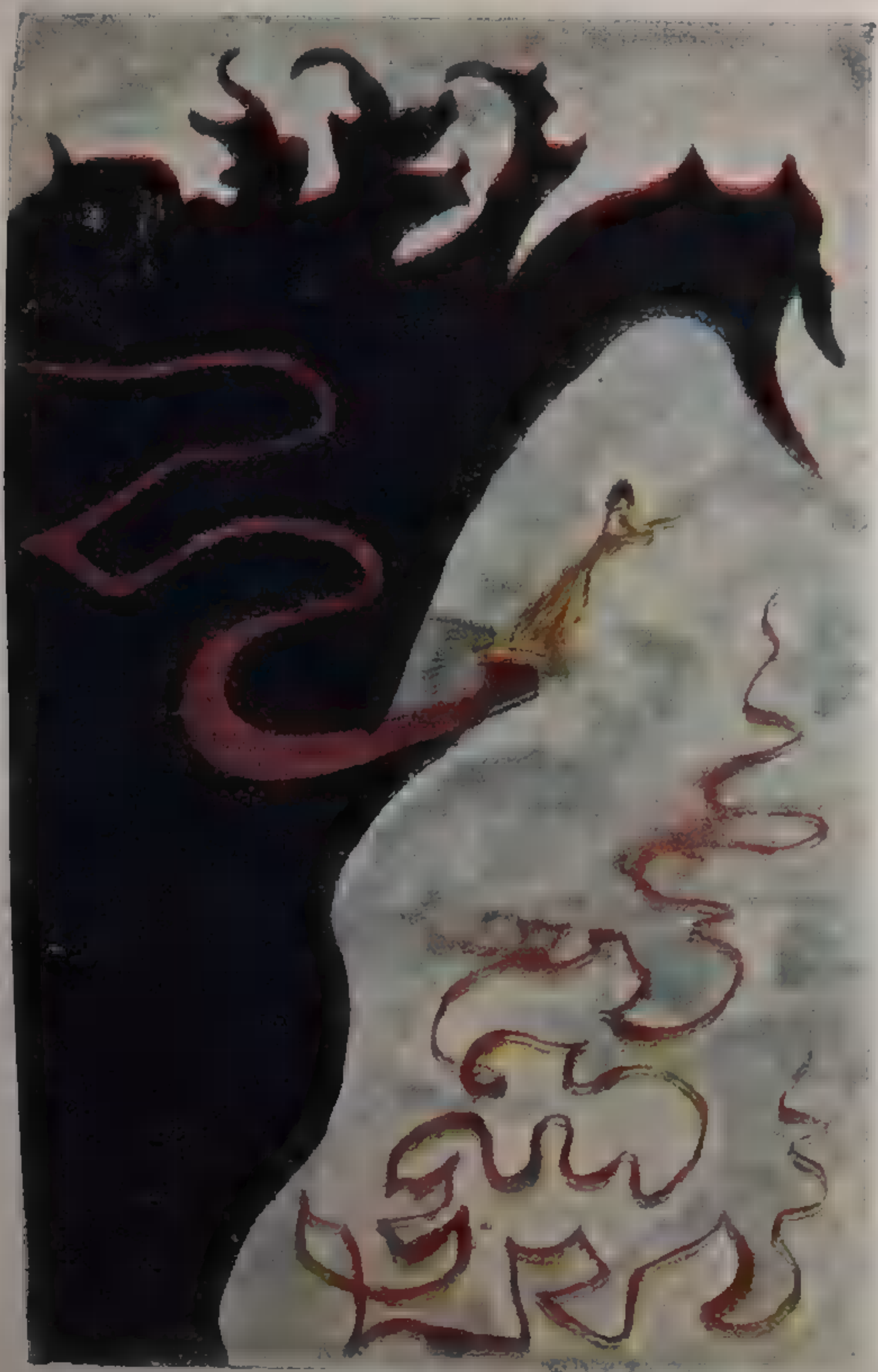
В этом случае кроме верной оценки параллельно ей дается и другая, именно бредового характера; например лечащий врач в то же самое время и начальник по службе, окружающая обстановка — и больница и тюрьма. Отличие в том, что в этом случае оба образа не сливаются вместе, а существуют в отдельности, независимо друг от друга, причем соответственно шизофреническому расщеплению и амбивалентности на первый план выдвигается то одна оценка то другая. Такое уплотнение, как известно, очень часто бывает в сновидениях. Шизофреническому мышлению свойственна в значительной мере и та символика, которой полны сновидения. Сторонники фрейдовского психоанализа указывают, что образование шизофренического бреда во многих случаях совершается по тем же механизмам, что и развитие навязчивых идей и истерических расстройств.

Особенности шизофренического мышления ясно выступают в их творчестве. Это прежде всего относится к тем случаям, когда шизофренией заболевает какой-нибудь крупный художник. Для ознакомления с этой стороной могут служить отчасти рисунки душевнобольных, даже если последние не обладают особыми дарованиями, а также письма, наброски и дневники, которые они нередко ведут. Обращает на себя внимание преобладание формы рисунка над жизненностью окраски. Обычно шизофреники предпочитают графику и скульптуру. В графике они могут достигнуть больших успехов, чему несомненно способствует и их склонность к стереотипии (рис. 40). Если берутся за кисть, то краски поражают необычайностью сочетаний, холодностью, мрачностью колорита, мертвенностью и безжизненностью, склонностью к символике (рис. 41). Самый рисунок не всегда отличается тщательностью работы, скорее он схематичен, нередко небрежен, фигуры часто только намечены, часто можно обнаружить склонность к символическим изображениям (рис. 42), постоянному возвращению к одному и тому же мотиву, к одной фигуре (стереотипия; рис. 43). Большое значение имеет то, что основное свойство шизофренической психики, именно тенденцию к расчленению, шизофреники-художники проявляют и в процессе художественного восприятия. При этом каждый объект, например фигура человека, воспринимается не целиком, а расчлененной на отдельные фрагменты, на отдельные части, из которых она состоит. Иногда шизофреники стараются изобразить в рисунке свои мысли в виде каких-то несвязанных между собой фигур, представляющих подобие живых существ (рис. 44). В рисунках некоторых шизофреников можно уловить сходство с произведениями признанных художников-кубистов. Например один шизофреник, описанный немецким психиатром Кюнкем, нарисовал его портрет, который имел очень мало общего с человеческим лицом, но который в виде фрагментов содержал все характерные части лица оригинала, причем вместе с ними фигурировал и врачебный знак.

Несколько иные черты шизофренической психики можно видеть на картинах художника другого направления, именно Чурляниса, страдавшего шизофренией и отразившего в своих произведениях многое от болезни. У него красной нитью проходит одухотворение природы, население ее различными живыми существами. В этом пантеизме можно видеть тенденцию к возврату в прошлое. В общей части было указано, что при наступлении болезни в психике нередко воскресают взгляды и верования давно минувших времен и даже отдаленных эпох. Это в особенности относится к шизофреникам, у которых в бредовых концепциях очень часто фигурируют колдовство, нечистая сила, даже у таких людей, которые до болезни были совершенно свободны от каких-либо предрассудков. Это вместе с указанным выше сходством с первобытным мышлением дает право говорить Шторху

и другая, являющаяся
время и начало
те, а существа. Отли-
ственно шизофрени-
чно, очень частот-
на, очень частот-
на. Сторонники
шизофрениче-
змам, что и раз-

ают в их твор-
ни с этой сто-
е если послед-
броски и днев-
преобладание
ники предпо-
нать больших
с стереотипни-
анностью со-
и безжизнен-
не всегда от-
ко небрежен.
ность к сим-
то к одному
тышее значе-
ники, именно
от и в про-
например
на отделе-
ногда шизо-
ких-то не-
их существ
сходство
одни ши-
его порт-
который
а, причем



41. Рисунки больной, страдающей шизофренией.



Рис. 42. Символическое изображение больной художницей своей жизни в виде стилизованной птички, действия которой связывает тяжелый замок. Из книги П. И. Карпова—«Творчество душевнобольных».

и другим авторам об архаичности психики шизофреников. Сюда же нужно отнести эгоцентризм, проистекающий из аутистических установок шизофреников, противопоставляющих свою личность всему остальному.

Из приведенных данных видно, насколько название *ранне* *слабоумие* оказывается неподходящим для рассматриваемой болезни. Здесь не столько количественное ослабление интеллектуальных способностей, сколько изменение самых основных черт мышления. Этому соответствует и то, что так называемые формальные способности интеллекта остаются почти неизменными.

Активное внимание бывает обычно ослаблено, но это не мешает больному подмечать происходящее кругом, хотя бы он и казался ко всему безучастным и не проявлял с виду ни малейшего интереса к окружающему. Способность восприятия страдает в своей остроте и живости, но не в такой мере, как усвоение. В процессе последнего из всего явления выхватываются отдельные элементы с избирательностью, направление которой определяется бредовыми установками. Течение представлений характеризуется большой склонностью идти в сторону случайных, побочных, часто совершенно неожиданных ассоциаций. Характерны также остановки, непонятные и ничем как-будто не вызванные задержки. С этим стоит в связи и тот факт, что время реакции при ассоциативном эксперименте то оказывается сравнительно коротким то очень большим, и притом без всякого отношения к участию каких-нибудь комплексных представлений, так как такие же остановки наблюдаются и при простом счете. Благодаря частым остановкам, неожиданным отклонениям в сторону, иногда точно каким-то скачком течение представлений становится *разорванным и бессвязным*. В памяти наблюдаются некоторые особенности, но грубых расстройств обыкновенно не бывает. Восприимчивость, определяемая по методу Бернштейна, обычно понижена, большей частью без ложных показаний. Осмысление



Рис. 43. Стереотипное повторение одних и тех же фигур.

сложных комплексов часто схематично, причем обычно выхватывается лишь самое существенное или то, что соответствует болезненным установкам. В общем результаты — если не замешиваются бредовые концепции, что бывает очень часто — в грубых чертах могут быть верны. Психологический профиль по Россолимо характеризуется общим понижением, более всего выраженным в области тонуса и высших способностей. Характерно для интеллекта шизофреника, что при ближайшем ознакомлении с ним ■ при специальных исследованиях он оказывается всегда выше, чем можно судить по поведению больного. Это объясняется тем, что при шизофрении страдают не столько отдельные способности, сколько возможность пользоваться ими, направление всех имеющихся в распоряжении средств ■ одной цели. С точки зрения практической ценности, социальной пригодности действия шизофреника очень часто оказываются несоответствующими цели, недостаточными и притом нередко очень странными и непонятными. В далеко зашедших случаях расщепление психики может принять форму распада, причем с л а б о у м и е выступает в самой ясной форме; и здесь сохраняются обычно приобретенные сведения. Характерно, что совершенно слабоумный больной может поразить кстати высказанным и верным замечанием: например одна больная Крепелина, находившаяся в исходном состоянии и с явлениями резкого слабоумия, неподвижно лежавшая на постели и ни на что не обращающая внимания, при появлении беспокойства у больной ■ той же палате, потребовавшего вмешательства персонала, вдруг неожиданно для всех заявила: «Ну, теперь мы ей впрыснем скополамин».

Данные неврологического исследования

В двигательной области у шизофреников очень много особенностей как относительно статики, так и динамики. Очень часто наблюдаются изменения со стороны мышечного тонуса, которые объясняются теми или другими влияниями со стороны нервной системы. Очень часто наблюдается гипертония того же типа, что имеет место при паркинсонизме. Иногда наблюдаются тоническое напряжение отдельных мышечных групп, спазмы сгибательной мускулатуры конечностей, подергивания в отдельных мышцах. Возможны также судорожные припадки, иногда с явлениями, выраженными только на одной сто-

роне, иногда с особенностями, свойственными эпилепсии. Судорожные припадки обычно наблюдаются в начале болезни; иногда их можно отметить в анамнезе таких больных задолго до ясного обнаружения психических симптомов болезни. Повышение тонуса сопровождается и повышением сухожильных рефлексов, иногда с клонусами, симптомами Гордона и Оппенгейма, изредка Бабинского.

Все виды чувствительности понижаются с ослаблением или даже отсутствием рефлексов со стороны кожи и слизистых оболочек.

Особенно много изменений неврологического порядка можно обнаружить в области лица и головы. Со стороны глазных яблок нередко явления эн оф т а л м и и или, наоборот, некоторого выпячивания их в зависимости от наличия ваго- или симпатикотонии. Расстройств движений глазных яблок не бывает,

если нет налицо каких-либо осложнений, но часто больные как-то особенно таращат глаза, причем глазные яблоки оказываются непокрытыми веками, больше, чем бывает в норме, так что получается картина, сходная с симптомом Грефе. В верхних веках иногда наблюдаются особые подергивания, не дрожание, а более крупные и не столь быстрые движения, причем получается впечатление, точно больной хлопает веками, подобно тому как это наблюдается при эпидемическом энцефалите. Нередкое явление — и с р а в н о м е р н о с т ь зрачков, но ослабления световой реакции в неосложненных случаях не наблюдается. Заслуживает внимания частое ослабление или даже полное отсутствие расширения зрачков на болевые раздражения и на испуг (симптом Бумке). Иногда можно встретить временное отсутствие реакции зрачка на свет вследствие спазма зрачковой мускулатуры (*Spasmus mobilis*).

Мимические движения не бывают особенно живы и разнообразны; часто наблюдаются различные гримасы, в особенности движения губами с выпячиванием их в форме хобота (рис. 45).

Большого внимания заслуживает речь шизофреника. Нередко она прерывается какими-то остановками, продолжающимися несколько

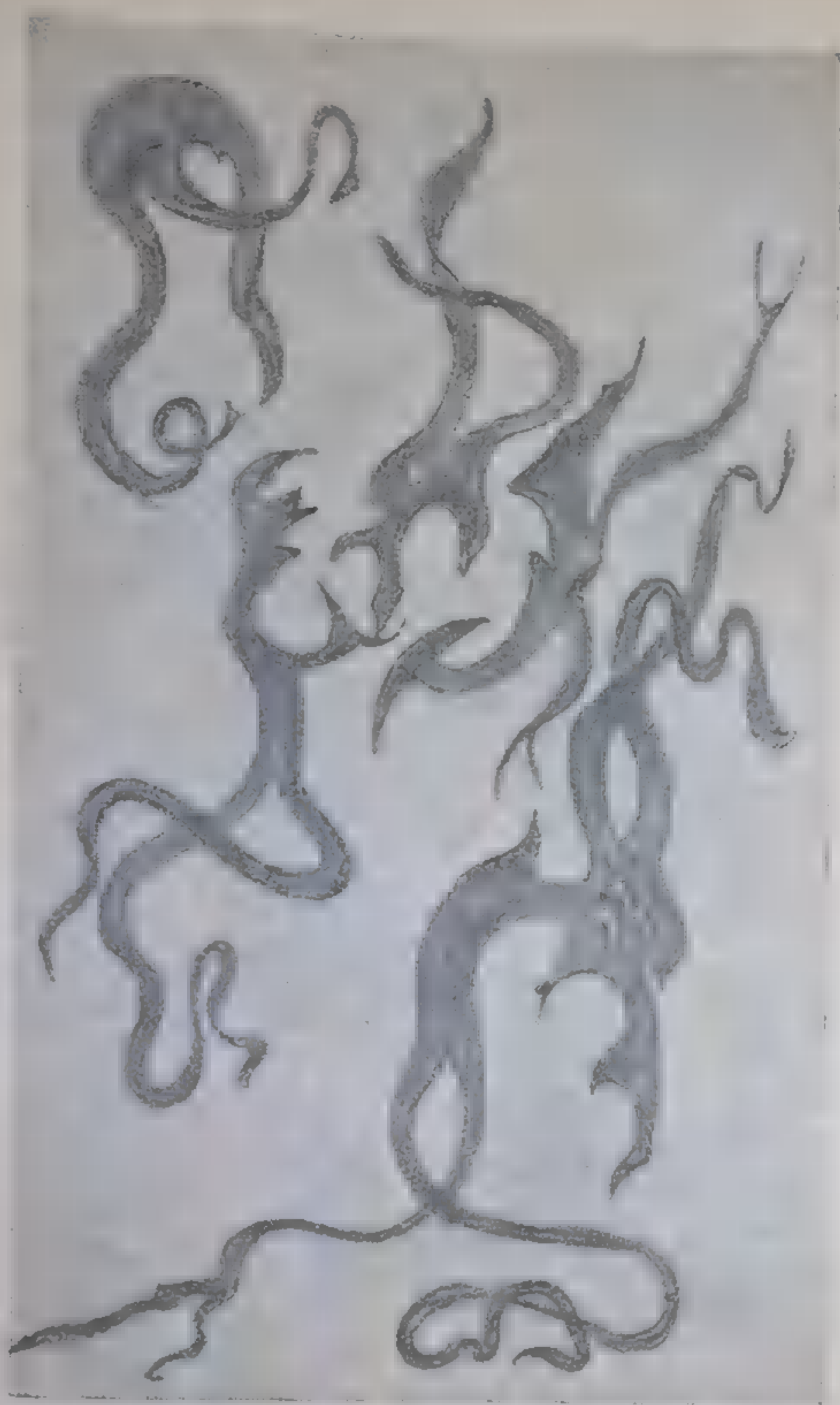


Рис. 44. Разорванные мысли, зарисованные самой больной.



Рис. 45. Хоботообразное движение губами и особая поза кататонички.

построены с большим количеством вводных слов и придаточных предложений, но логический смысл очень страдает. Несмотря на обилие слов и усердную аргументацию как в отдельных предложениях, так и во всей как будто законченной речи очень часто нельзя найти никакого смысла. Нельзя докопаться до основной мысли, точно говорящий сам не знает, что хочет сказать, и точно не он владеет речевым аппаратом и использует его для своих целей, а наоборот. О случаях с речевой спутанностью и разорванностью при наличии известного речевого возбуждения иногда говорят как об особой форме шизофрении — шизофазии. Шизофреническая речь со всеми своими особенностями является конечно отражением шизофренического мышления, своеобразного течения представления с его разорванностью и бессвязностью. Затрудняет понимание речи шизофреника и то, что самые обыкновенные слова он часто употребляет в каком-то особом смысле, а нередко не останавливается и перед тем, чтобы придумать какое-нибудь новое слово. При этом, излагая свои мысли, больной часто прибегает к особым интонациям, манерно произносит слова, делает много логических ударений иногда в таких местах, где им как

мгновений, иногда секунды, и затем продолжается дальше. В общем получается картина, напоминающая заикание, но это расстройство не судорожного характера, а стоит в связи с характерными для шизофренического мышления остановками, как бы закупорками пути, по которому идет нервное возбуждение. Когда возбуждение, накапливаясь, делается достаточно сильным, чтобы прорвать образовавшуюся плотину, речь идет свободно до новой остановки. Отсюда и немецкое название этого расстройства речи — закупорка (Sperrung). Еще больше характерных особенностей речи со стороны ее построения и содержания. В грамматическом отношении все предложения шизофреника вполне правильны, причем часто очень сложные, длинные, витиеватые,

будто
сильно
окрош
Во
ников
чения
Для
конца
тельно
ко п
углов
прямо
черки

По
ностям
лению
нимум
очень
куда
в бесе
сложн
извест
тельно
больше
лишь
характ
отвеча
не уда
новенн
ний, м
редко
сохран
дать и
все тел
жение
гибкост
зофрен
очень
клонно
хранят
ными,
Иногда
бы то
нии, из
даже с
шенно
не дела
ных ви

будто не место. В случае, если описанные расстройства особенно сильно выражены, речь может представлять бессвязный набор слов, крошку из слов (Wortsalat.)

Все эти особенности можно видеть и в письменной речи шизофреников, которая представляет даже известные преимущества для изучения, тем более что при этом может быть подвергнут анализу и почерк. Для последнего характерно отсутствие нажима, неясное выделение конца одного слова и начала другого, частое отсутствие соединительных штрихов между отдельными буквами, так что слово нередко представляется распавшимся на несколько обрывков; буквы угловаты, часто теснятся друг к другу, часто становясь слишком прямо, во многих случаях почерк мелкий. Почти всегда много подчеркиваний, росчерков.

Поведение больных шизофренией

Поведение в своих существенных чертах определяется особенностями шизофренической психики. Аутизм естественно ведет к стремлению изолировать себя от других, к замкнутости, к сведению до минимума контактов с окружающими. Больные избегают общества, очень много времени проводят у себя в комнате, иногда подолгу никуда не выходят из дому. При необходимости вступить с кем-либо в беседу сдержанны, несловоохотливы. На вопросы отвечают односложно, уклончиво. Даже в тех случаях, когда больные проявляют известную разговорчивость и как будто словоохотливость, эта общительность всегда носит внешний характер; более или менее свободно больные отвечают на вопросы о безразличных для них вещах, и лишь с трудом и не всегда удается получить какие-либо сведения, характеризующие их внутренний мир. Иногда больные совсем не отвечают на вопросы, совершенно замолкают, и никакими усилиями не удастся добиться от них ни одного слова. В таких случаях обыкновенно приходится констатировать и общее ограничение движений, малоподвижность, пассивность поведения. Эта особенность нередко переходит в какое-то застывание с полной неподвижностью, сохраняемой в течение долгого времени. При этом приходится наблюдать и особенное состояние мускулатуры, при котором конечности и всё тело неопределенно долгое время сохраняют приданное им положение (рис. 46). Это явление, известное под именем *восковой* гибкости, не представляет обязательного признака всех случаев шизофрении, но там, где оно налицо, оно придает клинической картине очень характерный отпечаток. Оно обычно комбинируется с наклонностью больного принимать своеобразные позы и подолгу сохранять их без изменения (рис. 47). Нередко эти позы бывают странными, неудобными для самого больного, как будто вынужденными. Иногда же дело доходит до полного ступора с прекращением каких бы то ни было движений, с оцепенением всего тела в одном положении, из которого с трудом удастся вывести или это оказывается даже совершенно невозможным. В таких случаях больные совершенно не отвечают на вопросы, ничем не реагируют на окружающее, не делают оборонительных движений. Иногда же под влиянием сильных внешних раздражений или без всякого толчка со стороны



Рис. 46. Восковая гибкость кататоника.

ступор прерывается и может перейти в кратковременную вспышку двигательного возбуждения, а потом устанавливается прежняя картина.

Восковая гибкость, застывание в одних и тех же позах относятся к числу явлений, которые особенно характеризуют так называемую кататоническую форму шизофрении. К ним принадлежат также негативизм, мутацизм, пассивная подчиняемость, стереотипия, эхолалия и эхопраксия. Негативизм — это стихийное стремление сопротивляться всяким воздействиям и делать как раз наоборот все, что ему предлагают; больного просят показать язык, позволить посмотреть глаза, он усиленно стискивает челюсти и замуривает глаза. Типично при этом, что при изменении направления воздействия — прямо противоположную сторону в том же смысле изменяется и противодействие. Например больной не хочет садиться на стул или отказывается войти в аудиторию, но если он сел или посажен насильно, он противится усилиям поднять его или стоит в дверях, отказываясь войти и в то же время противясь попыткам отвести его в палату. Очень часто дает положительные результаты опыт с подаванием руки: собеседник протягивает руку, чтобы поздороваться с больным; последний, не давая своей руки, усиленно прижимает ее к себе, но когда врач берет руку обратно, шизофреник протягивает свою руку и снова берет обратно, когда врач хочет ее взять, и так до бесконечности. Характерно, что в этих действиях нельзя усмотреть проявления каких-либо мотивированных решений или влияния эмоций. Это в особенности видно из тех случаев, когда больной, как испорченная заводная игрушка, механически проделывает как раз противоположное тому, что требуется. При мутацизме, который представляет явление

очени
визм
не
на в
не п
в
искл
ност
ност
рас
непо
из с
и н
встр
вид
ной
кам
обра
про
пол
при
мо
соп
то
ста
обд
реа
пол
поз
руж
тип
ско
осо
одн
бол
ру
вы
но

и м
об
На
ки
не
бо
де
сд
не
ст
ив
ме

очень близкое к негативизму, больной молчит, не отвечает совершенно на вопросы, но делает это не потому, что находится в состоянии ступора, исключая возможность движений и в частности речи, или вследствие расстройств сознания и непонимания вопросов, а из своеобразного упорства и нежелания пойти навстречу собеседнику. Это видно из того, что больной иногда отвечает знаками или делает как раз обратное тому, о чем его просят. В полную противоположность негативизму при пассивной подчиняемости больной без всякого сопротивления и как будто без предварительной стадии хотя бы легкого обдумывания, как нужно реагировать, тотчас выполняет все требования и



Рис. 47. Вычурная поза шизофреника.

позволяет своему телу придавать какие угодно положения, не обнаруживая в то же время явлений восковой гибкости. Стереотипия типична не только для случаев, принадлежащих к кататонической форме шизофрении, хотя именно здесь бывает выражена особенно резко. Она характеризуется склонностью к повторению одних и тех же движений, фраз или отдельных слов. Например больной подолгу раскачивается всем телом взад и вперед, размахивает рукой, повторяя одни и те же движения, вертится вокруг оси, выкрикивает одно и то же слово. При эхоталии или эхопраксии больной повторяет в той же форме чужие слова или чужие движения.

Поведение шизофреников представляет часто яркую картину импульсивности, совершения неожиданных действий, для объяснения которых нельзя указать какие-либо внешние моменты. Например лежащий без движения на постели больной вдруг вскакивает и начинает разбрасывать постельные принадлежности или неожиданно набрасывается на своего соседа. Вообще поведение больного нередко производит впечатление насильственности, вынужденности. Иногда от больного удается получить объяснение, что он сделал то или иное движение под влиянием какой-то силы, с которой не мог бороться. В других случаях те или другие неожиданные поступки бывают вызваны галлюцинациями. Шизофреникам не чужды иногда и некоторые элементы навязчивости. Последние иногда заметны и в интеллектуальных процессах. Большей частью речь идет

собственно не о навязчивых, а о не вполне развитых бредовых идеях; иногда можно проследить, что идеи, производящие впечатление навязчивых, с течением времени обрисовываются как определенный бред. Но иногда у шизофреников отмечаются идеи со всеми свойствами навязчивых, причем они сохраняют свои характерные свойства до самого конца. В таких далеко зашедших случаях навязчивые идеи естественно тонут в общей массе симптомов более тяжелого характера. Иногда навязчивость очень ясно отражается на поступках больных. В особенности часто приходится наблюдать движения, имеющие особое символическое значение, например защитного характера. Шизофренику кажется, что он убережет себя от грозящего несчастья, если особенным образом прищелкнет пальцами, перевернет кругом стул, произнесет какое-нибудь магическое слово, повторит про себя какое-нибудь заклинание. С этой точки зрения нужно понимать многие странные действия больных, особенно жесты, иногда особенную манеру говорить. При малой доступности внутреннего мира шизофреника трудно сказать иногда, какие из этих странных движений и жестов могут считаться навязчивыми и какие являются определенно бредовыми. Сложность явлений увеличивается благодаря тому, что при архаистических тенденциях шизофренической психики, склонности к таинственности и мистицизму больные этого рода охотно верят в разные предрассудки, предсказания и приметы.

Поведение шизофреников находится в очень большой зависимости от их бредовых идей. Помимо стремления к изоляции, объясняемого во многих случаях желанием оградить себя от дурных и вредных влияний, идущих от окружающих, могут выступать и другие особенности, странности, нелепости поведения, иногда действия защитного характера, могущие перейти в нападение. Бред величия может отразиться в каких-нибудь горделивых позах, величественной осанке или специально придуманных и вычурных костюмах (рис. 48), в повелительном обращении с окружающими. В таких случаях особенно ясно может проявиться свойственная этим больным манерность, особая манера держать голову, ходить, особая напыщенность выражений. Бред преследования также может изменить поведение, причем характер его будет зависеть от содержания бреда. Бред отравления ведет к упорному отказу от пищи, дающему картины тяжелого истощения и вынуждающему кормление зондом. Нередко бывает так, что больной не ест в то время, когда обедают или ужинают все другие больные и когда его кормят, но съедает свой обед после, если оставить его на столе и сделать вид, что на больного не обращают внимания. Иногда больной, оставляя нетронутым свой обед, похищает еду других больных и съедает. В таких случаях больные упорно отказываются от больничных кушаний и питаются только тем, что приносят из дома, или едят только из рук людей, которым доверяют. Нередко больные не едят, будучи во власти запретительных галлюцинаций, и находятся под влиянием двух противоположных тенденций: инстинкта голода, который может быть очень силен, и страха послушаться голоса, который нашептывает ему: «Не ешь, не ешь». Бывает так, что для самого больного насильственное кормление зондом оказывается вполне приемлемым выходом из положения, так как избавляет его от мучений голода и не делает его нарушителем обязательных для него приказа-



Рис. 48. Костюм больного с паранойяльным бредом величия.

ний. В одном случае упорного отказа от пищи, причем больной часто выкрикивал, что есть он не будет, он в то же время без всякого сопротивления позволял вводить зонд; замечено было кроме того, что заявления о том, что есть он не будет, становились особенно громки и настойчивы, когда приходило время обеда, так что больной как будто сам напоминал, что пора приступать к кормлению; после кормления крики на некоторое время стихали.

Очень много странностей в поведении, нелепых и непонятных на первый взгляд действиях могут обусловить бредовые идеи физического воздействия. Так как чаще всего речь идет о действии электрического тока, радио, вообще различной энергии, для передачи которой и для воспринимания нужны, как известно в самых широких кругах, хорошие проводники, то делается очень много ухищрений для того, чтобы поставить себя в лучшие условия изоляции. Больной ставит особенным образом кровать, отодвигает ее от стены, переворачивает матрац, укутывает себя особенным образом. Одна больная для лучшей изоляции пользовалась резиновой подушкой и клала поверх матраца клеенку, которой отчасти обертывалась и сама; дру-



Рис. 49. Шизофреник, подвергший себя осклоплению.

своего нападения делает лицо, не сделавшее ему никакого вреда, для того только, чтобы этим обратить на себя внимание и иметь возможность сообщить всем о тех преследованиях, которым он подвергается.

Во многих случаях стремление больного наносить повреждения направляется на самого себя. Чаще всего это выражается в стремлении расцарапывать себе кожу, в особенности если на ней имеются какие-нибудь повреждения, кусать себе ногти до того, что на соответствующих местах образуются язвы, выщипывать и выдергивать себе волосы из головы, бороды, в области половых органов (трихотилломания). Могут быть нанесены и более серьезные повреждения. В редких случаях под влиянием галлюцинаций императивного характера или бредовых идей могут иметь место такие акты, как вырывание глаза, откусывание языка, отрезывание половых органов (рис. 49). У одной больной кожа конечностей сплошь была покрыта рубцами от расцарапывания ее ногтями (рис. 50). Не принадлежат к числу редких явлений и покушения на самоубийство. Они могут наблюдаться при вполне выраженной болезни, главным образом в состояниях депрессии, при наличии идей самообвинения или

гой больной на ночь залезал в мешок, сшитый из плоских проводников. Особенно смущают больных электрические провода, металлические кровати. Одна больная обращалась к инженерам за советом, как лучше устроить изоляцию постели.

Под влиянием бредовых идей преследования возможны изменения поведения с появлением агрессивности и совершением иногда актов тяжелого насилия. Это делает шизофреников очень опасными в социальном отношении. Значительная часть всех нападений больных в больнице преступлений, которых оказываются виновными душевнобольные, относится именно к шизофреникам с бредом преследования. Иногда, покушаясь на убийство, больной пытается таким путем защитить себя от воображаемого врага, иногда выступает в качестве мстителя, иногда же объектом

соответствующих галлюцинаций. Часто покушения на самоубийство возникают совершенно неожиданно и должны быть рассматриваемы как импульсивные действия. В особенности нередки покушения на самоубийство в начальных периодах болезни, когда очень живы эмоциональные расстройства и в особенности сильно выражена реакция на различные тяжелые переживания. Часто покушения на самоубийство, которые у шизофреников в большом числе случаев достигают намеченной цели, носят особенный характер по способу выполнения, очень большому упорству, с которым повторяются покушения, по нелепости выполнения, иногда по жестокости, заставляющей думать об очень большом стремлении к самоуничтожению, вызываемом резкими эмоциональными расстройствами или чрезвычайно упорными бредовыми идеями. В таких случаях нередко имеет место самосожжение, одновременное принятие большого количества различных ядов, нанесение себе большого количества мучительных ран и т. п.

Двигательные проявления шизофреников бывают особенно ярки во время возбуждения, которое может быть очень длительно или в виде отдельных более или менее коротких приступов. Оно характеризуется стихийностью, непонятностью мотивов, часто своей неожиданностью и очень большой силой. При этом оно не носит формы совершения каких-нибудь целесообразных актов, хотя бы и разрозненных, а состоит из отдельных движений, нередко судорожных, непонятных и с большой склонностью к стереотипии. Впечатление бессмысленности, которое получается от возбуждения шизофреников, еще более увеличивается от того, что движения нередко проделываются молча или с выкрикиванием отдельных слов. Если же двигательное возбуждение сопровождается и речевым, оно характеризуется теми же признаками бессмысленности, разорванности, бессвязности. Во время возбуждения больные нередко проявляют большую силу и иногда немалую ловкость, с которой проделывают различные акробатические штуки, встают на голову, вертятся колесом, делают громадные прыжки, выскакивают из форточек.

Эмоциональная сфера шизофреников

На эмоциональной жизни шизофреников можно в особенно ясной форме видеть основные черты психики больных этого рода. Прежде всего следует отметить, что их эмоциям нехватает живости, яркости,



Рис. 50. Рубцы на конечностях от нанесения себе повреждений у шизофренички.

причем эти особенности, очень заметные уже в начале болезни, в дальнейшем развитии все усиливаются и дают вместе с общим психическим оскудением резкую картину вялости и безразличия. Но самое существенное все-таки заключается не в этих количественных изменениях, а в глубоких нарушениях качественного характера, в особенных сдвигах с нарушением равновесия. В этой области у шизофреников происходят постоянные колебания от одного полюса к другому, от состояния возбуждения и необычайной чувствительности до полной холодности.

Периодами бывают такие обострения чувствительности, что малейшее соприкосновение с действительностью кажется невыносимым («обнаженные нервы»), временами же приходится констатировать полную нечувствительность, неспособность к каким-либо переживаниям горя, радости, гнева и т. п. Эти свойства шизофренической психологии и обозначаются по предложению Кречмера, как псих-эстетическая пропорция.

Колебания аффективной сферы между обоими полюсами могут иметь место на протяжении очень короткого времени и в различных стадиях болезни, но если иметь в виду все течение болезни от начала до конца, то нужно сказать, что эти колебания происходят не на одном и том же эмоциональном фоне. Схематически можно сказать, что в начале болезни та относительно постоянная средняя, от которой происходят колебания в ту и другую сторону, лежит ближе к гиперестетическому полюсу, с дальнейшим же течением она постоянно передвигается в противоположную сторону. Вместе с этим происходит все большее притупление аффективной сферы вообще, доходящее в исходных стадиях болезни до полной эмоциональной тупости. В первые периоды болезни возможны проявления большой тоскливости с мыслями о самоубийстве, которые нередко приводят к серьезным попыткам лишить себя жизни. Но даже при наличии способности к глубоким чувствам в них приходится констатировать одну характерную особенность: подобно мышлению эмоции шизофреника как-то малопонятны и малодоступны для вчувствования другому человеку. Общее понижение тонуса эмоциональных проявлений более всего касается высших эмоций, причем и здесь характер наблюдаемых изменений соответствует основным моментам шизофренического расщепления. Аутизму в области эмоций соответствует то, что преимущественное значение приобретают элементы, ближе всего касающиеся «я» пациента; отсюда преобладание эгоистических проявлений, выражающихся в том, что для больного как бы перестают существовать окружающие, близкие, становятся безразличны их интересы, материальное благополучие и даже самое существование. Амбивалентность очень свойственна и эмоциональным проявлениям. Соответственно этому все в окружающем вызывает двойственное отношение: притягивание и отталкивание, расположение и отвращение. В противоречивых колебаниях между теми и другими нередко выпадают или по крайней мере ослабляются положительные переживания и перевес оказывается на стороне отрицательных. Это в особенности наблюдается в отношениях к наиболее близким, к родным; к ним предъявляется много несправедливых требований, на них направляются раздражение, ничем не вызываемая ненависть и бредовые установки. Неровности течения интеллектуальных процессов, неожиданным остановкам, случайным ассоциациям и импульсивности поведения соответствуют аналогичные особенности и в эмоциональной жизни. Ей не только не хватает плавности, закругленности, которую можно отметить у циклоидов и больных с циркулярным психозом, но даже можно сказать, что ее специфические черты — жесткая неподвижность и как бы полная остановка эмоциональных переживаний или неожиданные скачки и взрывы. Характерным также нужно считать несоответствие эмоций с содержанием сознания, вообще неадекватность их с интеллектом, это — одно из самых ярких проявлений интрапсихической атаксии. Бредовые идеи величия не связаны в противоположность тому, что наблюдается у ма-

никальных больных, с повышением самочувствия: равно как и бред преследования с описанием мучений, которым будто бы подвергают пациента, не вызывает ни тоски ни тревоги и высказывается с видом полнейшего безразличия, иногда даже скуки. Эта неадекватность еще больше бросается в глаза, если принять во внимание состояние двигательной сферы, мимики и поведения. В этом отношении более всего сказывается амбивалентность и амбитендентность шизофреника, которая не дает возможности появиться какой-нибудь цельной и ясно выраженной реакции. Выразительные движения, жесты и мимика, однообразные, склонные к стереотипии и неяркие вообще, обычно не соответствуют тем переживаниям, которые в данное время нужно у них предполагать. В особенности типичны явления парамимии, выражающейся например в застывшей улыбке, с которой больные сообщают о переживаемых ими ужасах. Малая подвижность мимики, безжизненность и отсутствие внутреннего света, который так оживляет в норме лицо, делают лицо шизофреника похожим на какую-то маску.

Вместе с выявлением психического оскудения все больше выступает изъятий и в эмоциональных переживаниях. Как на один из существенных признаков нужно указать на ослабление сексуального влечения. В мыслях шизофреника эротике уделяется очень много внимания, но она у них носит особый характер, именно головной по преимуществу и питается больше сексуальными фантазиями, иногда с примесью известного количества извращений; нередко можно определенно говорить об особой сублимации сексуальной жизни шизофреника в смысле создания бредовых идей со специфическим содержанием, иногда с механизмами, которые устанавливает для генеза истерических расстройств фрейдовская школа. Несколько специфический характер носит и мастурбация у больных этого рода: она не является только простым удовлетворением физической потребности, а должна быть рассматриваема как своеобразный аутоэротизм, проявления которого, равно как и собственно нарциссизма, очень свойственны шизофреникам.

На смену нередко наблюдающейся в начале болезни повышенной стыдливости и конфузливости в дальнейшем всегда выступает утрата тонких эмоций, притупляется чувство такта, а еще дальше можно констатировать полное безразличие к этим чувствованиям. Больные, не стесняясь присутствием лиц другого пола, раздеваются и обнажают свои половые органы, мастурбируют на глазах окружающих. Вместе с этим выступает на сцену и неряшливость в костюме, безразличие к загрязнениям разного рода. Больные, живущие дома, нередко настолько не заботятся о поддержании должной чистоты в своей комнате, не позволяя в то же время делать это и другим, что их жилище принимает самый отталкивающий вид, и один уже запах, который поражает постороннего при входе в комнату, заставляет предполагать, что для развития его должны быть какие-то особенные причины.

Вполне выраженные случаи болезни характеризуются резко выраженным эмоциональным притуплением, распространяющимся на все виды чувствования.

Элементы этой эмоциональной тупости, считаемой по справедливости самым характерным явлением шизофрении, в более или менее ясной форме можно констатировать во всех случаях и в самых начальных стадиях болезни.

Соматические типы и соматические изменения при шизофрении

Описанная картина психических изменений является естественно отражением процессов, происходящих во всем организме и прежде всего в мозгу. В клинической картине при всем ее разнообразии можно выделить известные варианты, типы течения, которые естественно не случайны. Повторяясь с известной правильностью, они соответствуют каким-то закономерностям, каким-то вариантам в соматических и мозговых изменениях и самых типах соматического сложения. Шизофрения очень часто развивается на фоне особой преисполнительской личности — ряда характерологических черт (замкнутость, недоверчивость и пр.), входящих в понятие шизоида. Кречмером установлены корреляции между этим шизоидом, равно как и шизофренией и лептозомным (астеническим) иногда гигантским типом сложения. Многочисленные проверочные исследования в разных странах в общем подтвердили верность наблюдения Кречмера, хотя эти корреляции не могут считаться закономерностью в собственном смысле. Заслуживают внимания данные Шмидта, касающиеся распределения 200 шизофреников по соматическим типам.

Лептозомы (астеники)	41,0
Лептозомные смешанные типы	10,0
Гигантский (мышечный) тип	7,5
Диспластические типы	2,0
Неопределенные типы	27,0
Пикнические смешанные типы	9,0
Пикнический тип	3,5

Из этой таблицы видно, что при несомненном преобладании лептозомов все же значительно представлены и другие типы, в частности не такую уже редкость представляют чистые пикнические типы. Хотя конституции, в понятие которых входят и соматические типы строения, не определяют собой всей картины развивающихся на их фоне заболеваний, но все же известные корреляции между теми и другими несомненны. Соматические типы могут быть рассматриваемы как один из факторов, группирующих симптоматику в определенных направлениях. Те или другие варианты клинической картины с известной степенью постоянства соответствуют определенным соматическим типам. Имеют значение известная общая слабость — повышенная заболеваемость шизофреников. Эта слабость относится прежде всего к сердечно-сосудистой системе и к легким, особенно к последним. Наиболее яркое выражение это находит в очень частом развитии легочного туберкулеза. Заболевание им отчасти зависит от малой активности таких больных, от малоподвижности с недостаточным пребыванием на воздухе, с недостаточными экскурсиями грудной клетки и от нерегулярного питания. Но большое значение имеет и астеническое сложение, предрасполагающее более всего именно к туберкулезу; на этой почве нередко развивается картина необычайно резкого истощения (рис. 51)¹. Частое явление представляет также туберкулез и в других органах: большая часть шизофреников погибает от туберкулеза.

Очень частые изменения приходится констатировать в железах внутренней секреции, из которых особенно часто затронутыми оказывается щитовидная железа, половые органы и надпочечники. Что касается первой, то в начале болезни нередко более или менее ясное увеличение, давшее повод некоторым психиатрам предлагать в качестве лечебного средства при шизофрении частичную тиреоидэктомию. Такие случаи, где эта операция может считаться до известной степени показанной, не часты, и обычным явлением, в особенности в более выраженных случаях, нужно считать

¹ Фотография А. М. Балашова.

понижение функции этой железы. Определенно можно говорить о гипофункции и половых желез, выражающейся клинической стороны в позднем появлении менструаций и вообще позднем половом созревании как у мужчин, так и у женщин. С наступлением болезни эта гипофункция становится еще более выраженной, причем у женщин менструации обыкновенно прекращаются или ходят очень нерегулярно. Слабость деятельности надпочечников отражается очень ясно на характере вегетативных реакций шизофреников, причем определяющим моментом является то, что страдает главным образом медулярное вещество. По отношению к надпочечникам приходится считаться не столько с особенностями врожденной организации, сколько с изменением на почве болезни. По некоторым исследованиям (Кастан и другие) имеется значительное уменьшение количества адреналина в крови, хотя нужно иметь в виду, что нет еще точных методов для его определения.

Естественно, что обмен веществ шизофреников очень страдает главным образом в смысле понижения энергии, хотя данные в этом отношении варьируют в зависимости от особенностей случая, от конституции, соматических осложнений, например туберкулеза, и от стадии болезни. Имеются основания говорить о понижении окислительных процессов. А. И. Ющенко констатировал это по отношению к окислению бензола. На это же указывают некоторые реакции, полученные при кипячении мочи с азотнокислым кобальтом (liquor Bellostii), с азотнокислым серебром (реакция Бусканио). Очень много данных в этом отношении собрано Кауфманом, Аллерсом и Вутом. Из обзора результатов работ по обмену веществ, составленного Р. Аллерсом, можно убедиться, что при шизофрении уменьшается выделение с мочой органических веществ, фосфора и азота, особенно в хронических случаях; увеличивается выделение нейтральной неокисленной серы. Борнштейн, исследуя дыхательный объем, нашел уменьшение количества вдыхаемого и выдыхаемого воздуха с каждым дыхательным движением, а также отметил вообще низкие цифры для жизненной емкости легких. За последние годы на исследование обмена при шизофрении обращено большое внимание, но данные авторов в значительной степени противоречивы. Причина последнего обстоятельства заключается в том, что для результатов исследования большое значение имеет состояние больного, а оно далеко не всегда учитывалось. Основной обмен очень часто (преимущественно в спокойном состоянии) бывает понижен. Выделение общего фосфора в случаях с возбуждением повышается. Что касается углеводного обмена, то в некоторых случаях находят гипергликемию и гликозурию. Также противоречивы данные липоидного обмена. При состояниях ступора находят ацидоз, связанный с понижением питания. Интересны данные Шривьер и Шривьер—



Рис. 51. Шизофреник с истощением в связи с туберкулезом.

Герцберг относительно состава белков в плазме при шизофрении, именно относительно стабильности белкового состава.

Заслуживают внимания также исследования химического состава мозга шизофреников. По данным, сообщаемым М. Я. Серейским, с одной стороны, констатируется резкое понижение нейтральной серы, относительное увеличение неорганической и белковой серы, с другой стороны, увеличение воды, цереброзидов и сульфатидов. Для оценки этих данных нужно учесть, что относительное увеличение белка и холестерина зависит от уменьшения общей массы мозга и увеличения количества воды. Реальное значение имеет уменьшение остальных веществ, в особенности липоидов. Обмен веществ при шизофрении таким образом расстраивается и притом в том направлении, что в организме происходит накопление ядовитых веществ, отравляющих нервную систему; это отравление накладывает особый отпечаток на клиническую картину. В особенности кататонический ряд явлений должен быть сопоставлен именно с процессами самоотравления, но последние могут иметь значение и для всей клинической картины. За это говорит возможность обратного развития болезненных явлений и не случайно, что это в особенности часто имеет место по отношению к случаям с кататоническим синдромом. Заслуживают также внимания эксперименты де Йонга, получившего при впрыскивании животным бульбокапнина каталепсию, негативизм, вегетативные расстройства. Не случайно, что такие синдромы могут быть вызваны также некоторыми гормонами, циркулирующими в нормальной человеческой крови. Заслуживает внимания, что мескалин, дающий в экспериментах шизофреноподобную картину, очень близок к адреналину, и это тем интереснее, что по ряду работ, сделанных, правда, с не вполне безупречной методикой, количество адреналина в крови при шизофрении уменьшается, и это делает возможным появление в крови каких-то дериватов, действующих отравляющим образом. Доказана повышенная токсичность сыворотки и мочи шизофреников, в особенности спинномозговой жидкости. Несомненны отклонения химических процессов в мышечной ткани, и это определенным образом сказывается на ее работе. Это всего виднее из анализа кривой мышечного сокращения, которая характеризуется удлинением скрытого периода, более медленным подъемом и таким же медленным падением. Интересно отметить, что такую же кривую и такое же медленное и вялое сокращение нормальная мышца дает в состоянии утомления. К довольно постоянным явлениям нужно отнести и так называемый мышечный валик. В связи с измененным химизмом находятся и своеобразные отеки, очень часто наблюдаемые у шизофреников. Хотя они часто наблюдаются на стопах и голених у больных, которые много ■ неподвижно стоят на ногах, все же главное значение нужно приписать не механическим моментам, тем более что сердце в таких случаях оказывается совершенно здоровым. Как известно, содержание воды ■ том или другом органе зависит в очень большой степени от изменения химизма; благодаря этому нередко возникают отеки не сердечного происхождения, а с таким же генезом, как при скорбуге или голодании. Такие именно отеки—нередкое явление у шизофреников. Многие вегетативные расстройства шизофреников представляют несомненно своего рода авитаминозы, возникающие в связи со скудостью и односторонностью питания. Они в особенности могут развиваться при искусственном питании зондом; может иметь значение и ослабление дезинтоксикационного действия по отношению к ядам, содержащимся в пище, так наз. алитоксинам. В связи с нарушением обмена находятся и различные изменения крови как в смысле частого уменьшения количества гемоглобина, форменных элементов, так и лейкоцитарной формулы.

Имеет большое значение в смысле определения типа различных вегетативных реакций то, что очень многие шизофреники оказываются ваготониками, хотя часто также наблюдается амфотония. Этим нужно объяснить особенности со стороны глазных яблок, меньшее раскрытие глазной щели и некоторое западение глаз, а также некоторое изменение в отделении кожного сала и пота. Кожа шизофреника часто бывает сухой, блестящей, особенно на лице. В некоторых случаях бывает усилено отделение слюны, с чем нужно поставить в связь нередко наблюдающуюся у шизофреников склонность плевать; также усилено отделение пота, причем

в некоторых случаях он становится особенно пахучим; запах иногда бывает так силен, что его можно различить на расстоянии.

Вазомоторные расстройства часто бывают выражены очень значительно, но ничего характерного для шизофрении они не представляют. Нередко наблюдается покраснение кожи лица или других участков тела, но этот румянец представляет много особенностей: в нем нет яркости, живости, и обычно покрасневшие участки кожи не становятся горячими, а скорее холодными, так что речь идет не об активной гиперемии, а о чем-то другом. Частое явление также — к р а с н ы й д е р м о г р а ф и з м, обычно долго не исчезающий.

Течение болезни

Начало болезни в очень многих случаях характеризуется мало-заметными в глазах окружающих явлениями. Точно определить его дату тем затруднительнее, что очень часто до ясного обнаружения психоза отмечаются те или другие проявления нервности, которые при внимательном изучении оказываются так сказать п р е п с и х о т и ч е с к и м и о с о б е н н о с т я м и л и ч н о с т и, не являющимися собственно началом болезни, но характеризующими почву, на которой она развивается. Сюда относятся те симптомы замкнутости, недоверчивости, иногда странности, которые входят в характеристику так называемых шизоидных личностей. Но в очень многих случаях препсихотическая личность шизофреников оказывается свободной от таких явлений или даже характеризуется циклоидными чертами. По нашему мнению от препсихотической личности, как чего-то более или менее постоянного и наблюдающегося в детстве, следует отличать препсихотические изменения, развивающиеся за некоторое время до ясного обнаружения болезни, как нечто совершенно новое и в то же время имеющее прямое отношение к существу психоза. Если например аутизм, подозрительность появляются только в самое последнее время, то это и может быть названо препсихотическим изменением личности. В то же время эти признаки в этом случае с полным правом могут считаться уже началом психоза, являясь, так сказать, продромальными симптомами. Начало болезни как правило относится к молодому возрасту, обыкновенно к периоду, следующему непосредственно за половым созреванием. Следующая таблица, составленная Э. Крепелином, характеризует распределение случаев шизофрении по возрасту, в котором начинается болезнь (рис. 52 на стр. 314).

Как видно из таблицы, начало шизофрении может иметь место в различные периоды болезни. Но на долю детства и отрочества приходится совсем ничтожные цифры. Кроме того, как мы увидим далее, эти случаи отличаются от обычных случаев шизофрении целым рядом особенностей. Случаи шизофрении в позднем возрасте, обозначаемые как п о з д н я я к а т а т о н и я, также принадлежат к исключениям. Сравнительно нередко шизофрения начинается в среднем возрасте, в частности около 35—40 лет. Эти случаи стоят также до известной степени особняком, так как характеризуются более или менее стойкими картинами бреда, почему они выделяются обыкновенно в особую так называемую п а р а н о и д н у ю ф о р м у ш и з о ф р е н и и. Если выделить все эти группы, окажется, что главная масса случаев шизофрении начинается между 15 и 25 годами. Что касается пола, то нет особенно большого различия в частоте заболеваемости

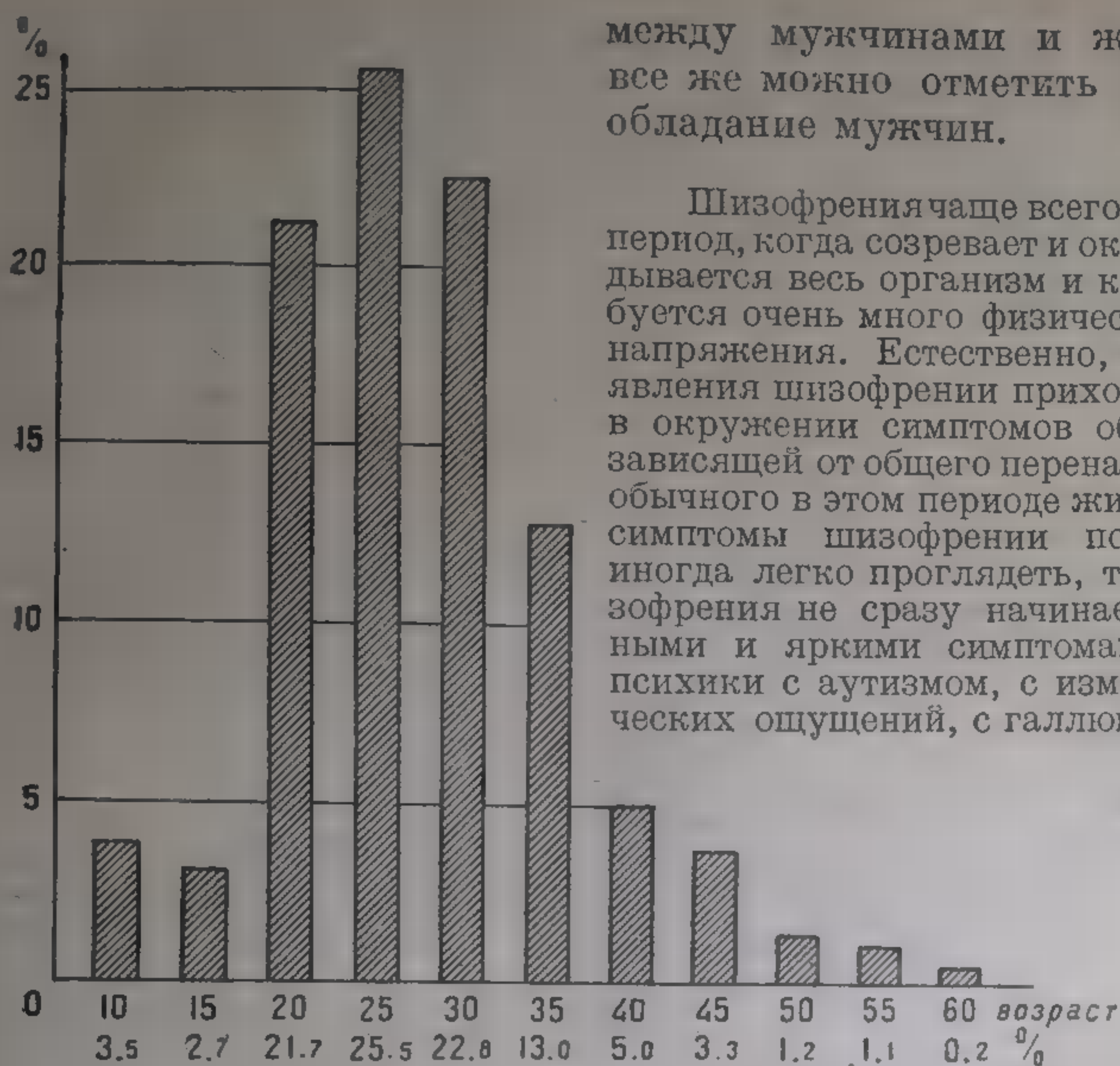


Рис. 52. Распределение 1054 случаев шизофрении по возрасту начала заболевания. Таблица Крепелина.

между мужчинами и женщинами, но все же можно отметить некоторое преобладание мужчин.

Шизофрения чаще всего начинается в тот период, когда созревает и окончательно складывается весь организм и когда от него требуется очень много физического и нервного напряжения. Естественно, что первые проявления шизофрении приходится наблюдать в окружении симптомов общей нервности, зависящей от общего перенапряжения, очень обычного в этом периоде жизни. Начальные симптомы шизофрении по этой причине иногда легко проглядеть, тем более что шизофрения не сразу начинается теми основными и яркими симптомами расщепления психики с аутизмом, с изменением органических ощущений, с галлюцинациями и бредом, о которых

была речь немного раньше. Истинное лицо шизофрении выясняется далеко не сразу, и на первых порах выступают мало характерные симптомы раздражения. Это —

различные неприятные ощущения, головные боли, повышенная раздражительность, неустойчивость настроения и нередко неохота к труду и повышенная утомляемость. Все эти симптомы легко могут импонировать как проявления общей нервности, так что их можно принять за неврастенические, тем более что, как мы видели, в этих случаях очень часто имеются условия, которые могут вполне оправдать появление неврастения как невроза истощения. Между тем по существу они относятся к самой шизофрении и могут наблюдаться даже при отсутствии каких бы то ни было экзогенных моментов. Развитие каждого органического психоза характеризуется тем, что прежде всего выступают не основные симптомы выпадения, свидетельствующие об ослаблении интеллекта, а явления раздражения, с внешней стороны напоминающие картины того или другого невроза. Общеизвестное явление например, что в начале развития прогрессивного паралича может быть иногда выделена особая стадия, в которой на первый план выступают такие симптомы раздражения и которая часто обозначается как предпаралитическая неврастения. Нечто аналогичное может наблюдаться и при шизофрении с тем отличием, что ввиду более медленного развития процесса при шизофрении и отсутствия таких критериев, как данные исследования крови, спинномозговой жидкости и физические признаки паралича, при шизофрении такая стадия общенервных симптомов продолжается более долгое время. По тем же причинам ее принадлежность к шизофрении долгое время может быть не так ясна. Это тем более, что слабо выраженные шизофренические симптомы, как например аутизм, амбивалентность, трудно поддаются дифференцированию, так как и по существу их нелегко отграничить от аналогичных явлений, входящих в характеристику психастенической конституции. В частности явления аутизма сами шизофреники, находящиеся в самых начальных периодах болезни и могущие говорить о своих внутренних переживаниях, описывают как нечто, очень близкое к тому, что у психастеников известно под именем утраты чувства реального. Бредовые идеи, когда они еще не вполне оформились, нелегко дифференцировать от навязчивых; последние кроме того могут наблюдаться у шизофре-

ников параллельно с бредом и независимо от него. Вообще можно считать установленным, что развитие шизофрении в начале болезни может характеризоваться преобладанием в картине ее явлений, импонирующих то как психопатия то как истерические реакции. Конечно это не невротические состояния, а та же шизофрения, ■ которой шизофреническое ядро не выявлено еще с достаточной ясностью и кроме того скрыто под невротической оболочкой. Урштейн в особой монографии описал много таких случаев шизофрении, которые некоторое время протекают под видом неврастения или истерии.

После более или менее длительной стадии неопределенных нервных симптомов в картине болезни выступают явления, имеющие более прямое отношение к ее существу. Ясное обнаружение болезни иногда имеет место как дальнейшее и постепенное развитие начальных симптомов шизофренической расщепленности, иногда же приходится наблюдать нечто вроде острой вспышки с галлюцинациями, бредом и значительным возбуждением. Острому выявлению болезни иногда способствуют различные внешние моменты, умственное переутомление, алкогольная и другие интоксикации, инфекционные болезни, беременность и роды, а также психические потрясения. В дальнейшем течение может представлять большие различия и ■ смысле быстроты и бурности явлений и в смысле выступления на первый план каких-нибудь одних групп симптомов. Разнообразие течения в этом отношении необычайно велико, так что установить определенные формы весьма затруднительно. Вместе с тем, для того чтобы лучше разобраться в калейдоскопе меняющихся форм, всегда чувствовалась потребность свести все случаи в смысле особенностей течения и разницы исходов к определенным типам. Из сказанного понятно, что разделение на отдельные подвиды может делаться до известной степени условно и что оно проводится неодинаково различными авторами. Даже сам Крепелин не всегда одинаково смотрел на положение дела в этом отношении и, различая сначала только 4 отдельных формы, впоследствии доводил их число до 8. Давая описание течения в главных группах, выделение которых нужно считать более или менее оправданными на основании клинического течения, мы должны сделать оговорку, что это не различные какие-то шизофрении, а различные типы ее течения, притом не отграниченные резко и допускающие большое количество переходных форм.

1. Простая шизофрения (Schizophrenia simplex). Она характеризуется тем, что в клинической картине преобладают симптомы ослабления интеллекта, причем центральным пунктом является все нарастающее слабоумие. Ввиду этого для нее наиболее подходящим было бы прежнее название болезни, данное еще Крепелином, — *Dementia praecox simplex*. Для этой болезненной формы характерно отсутствие явлений раздражения, галлюцинаций, а также бредовых идей. Кататонические симптомы также не обязательны. Начало болезни в юношеском возрасте иногда с ясной ролью интеллектуального переутомления в этиологии. Течение с склонностью к постепенному прогрессированию с исходом в глубокое слабоумие. Ремиссии редки и неглубоки.

2. Гебефреническая форма или слабоумие с дурашливостью (Läppische Verblödung). Развивается в возрасте полового созревания. Типично для нее состояние возбуждения с веселостью, принимаю-

щей характер своеобразной дурашливости, с манерностью, иногда с акробатическими движениями. Характерно также расстройство речи с бессмысленными наизываниями слов одного на другое и переименованием их, вербигерацией. Нередко наблюдаются нелепые бредовые идеи и приступы возбуждения. Возможны ремиссии, но все же обычно быстро наступает глубокое слабоумие.

3. Кататоническая форма. Кататония. Кататонические симптомы, в особенности взятые в отдельности, встречаются очень часто, будучи вкраплены в картины самых различных форм, но иногда они, развиваясь на фоне общего шизофренического расщепления психики, в структурном отношении занимают главное место. Все течение, в особенности в первые периоды болезни, состоит в чередовании состояний кататонического возбуждения и ступора. Возможны особые кратковременные состояния двигательного возбуждения, носящего характер судорожных припадков. Возможны импульсивные поступки, агрессивность, покушения на самоубийство. Нередко наблюдаются глубокие и продолжительные ремиссии. Начало большей частью в молодые годы, но возможны случаи шизофрении с кататоническими явлениями, впервые обнаруживающимися в позднем возрасте. Эти случаи так называемой *п о з д н е й к а т а т о н и и* и впрочем занимают несколько особое положение, так как многими чертами они родственны психозам возраста обратного развития. Несомненно, что в некоторых, в общем очень редких, случаях первые признаки шизофрении могут обнаружиться в очень позднем возрасте — это будет поздняя кататония в собственном смысле. С другой стороны, кататонические симптомы не являются чем-то патогномичным для шизофрении, так как могут наблюдаться и при других психозах преимущественно с органической подкладкой; в частности в некоторых случаях пресенильных психозов вместе с явлениями, имеющими отношение к существу болезни, могут наблюдаться и кататонические признаки — пресенильный психоз с кататоническими симптомами. Несмотря на значительное сходство клинической картины с внешней стороны тех и других случаев по существу они глубоко различны.

4. Интермитирующий тип, с течением отдельными вспышками. Периодичность течения, свойственная вообще психозам, нередко может быть отмечена и при шизофрении. Чередование явлений, то усиление их, то уменьшение и даже полное прекращение с последующим возобновлением или усилением само по себе является часто внешним признаком, который может быть результатом различных причин. Оно может быть обусловлено тем, что в структуре психоза в более или менее ясной форме участвуют циклоидные гены. Но иногда периодичность не может быть объяснена примесью циклоидных генов и должна рассматриваться как нечто, присущее самой шизофрении.

Такие случаи должны быть определенно отграничиваемы от циркулярного психоза. Последний характеризуется не только периодичностью течения, но и тем, что каждый приступ, взятый в отдельности, представляет вполне определенную картину, и диагноз может быть поставлен, даже если болезнь ограничивается одним приступом. В рассматриваемой группе случаев шизофрении в структуре приступа налицо главным образом галлюцинации и бредовые идеи с возбуждением и более или менее значительным затемнением сознания. Приступы длятся очень различное время, от нескольких дней до нескольких недель и даже более, и кончаются настолько глу-

бокой ремиссией, что практически можно говорить о выздоровлении; больной возвращается в семью к прежним условиям работы и выполняет ее настолько хорошо, что ни у кого из окружающих не возникает подозрения о возможности душевной болезни. Внимательное наблюдение обнаруживает, что сравнительно с тем, что было раньше, личность больного оказывается более или менее измененной, именно в сторону замкнутости, недоверчивости и некоторых странностей в поведении. Схематически говоря, в постпсихотической личности на первом плане изменение характера, а не понижение интеллекта и ослабление работоспособности. Промежутки между отдельными приступами также различны, большей частью это — месяцы. А. Н. Бернштейн наблюдал случаи, относящиеся к этому типу с месячным течением, причем приступы, продолжаясь короткое время, каждый раз начинаются приблизительно в одни и те же числа. Обычно в дальнейшем личность из новых приступов выходит все с большими изменениями, которые можно констатировать и в интеллектуальной сфере. Но даже если налицо имеется значительное слабоумие и состояние стало хроническим и неизлечимым, все же приблизительно в те же сроки наблюдается нередко более или менее значительное ухудшение, хотя бы оно выражалось только усилением интенсивности наблюдавшихся и раньше явлений или появлением возбуждения.

5. Циркулирующая и циркулярная шизофрения. Психиатров разных времен и школ интересовал вопрос о смешанных состояниях и смешанных психозах. Во времена С. С. Корсакова и после него русские психиатры много занимались вопросом о так называемых *везан* и *ях*, которые рассматривались как смешение элементов аменции и паранойи. Крепелин особенно полно разработал вопрос, который и раньше интересовал психиатров, именно о смешанных состояниях циркулярного психоза, к которым относятся например ажитированная меланхолия, маниакальный ступор. В последнее время ставится вопрос о формах, смешанных из элементов шизофрении и циркулярного психоза. Повидимому периодичность является таким моментом, который может передаваться до известной степени отдельно от других. Обычно однако периодичность передается в окружении других циклоидных признаков, почему картина шизофрении приобретает более или менее значительное сходство с циркулярным психозом. В зависимости от преобладания тех или других симптомов получается картина, более близкая то к шизофрении то к циркулярному психозу.

Вопрос о смешанных психозах в смысле сочетания в структуре психоза элементов шизофрении и маниакально-депрессивного психоза был впервые поставлен немецким психиатром Гауппом. Позднее тот же вопрос о смешении двух конституций был выдвинут Кречмером. Сотруднику Гауппа Мауцу принадлежит выделение особого типа течения шизофрении — шизофрении с пикническим сложением. Этот тип характеризуется благоприятным течением и склонностью давать глубокие и стойкие ремиссии. Как можно думать, примесь к основному заболеванию элементов из другого круга, так сказать гетерономных, несколько видоизменяет его картину, давая известное сходство с циркулярным психозом. Такие случаи можно было бы назвать циркулирующими шизофрениями, так как по своей структуре психоз здесь представляет не что иное, как шизофрению. Но бывают случаи другого рода, где сходство с циркулярным психозом по крайней мере в известной стадии болезни оказывается гораздо более полным. Неоднократно описывались в литературе такие сложные, текущие отдельными приступами заболевания, когда в один период болезни выявляется как будто полностью картина шизофрении, в другой — маниакальная или депрессивная фаза циркулярного психоза. Чаще повидимому бывает так, что первые приступы носят циркулярный характер, т. е. представляют более или менее чистую картину маниакального или депрессивного состояния, последующие — шизофрении. Здесь возможны повидимому различные картины и вообще эта

область не может считаться изученной. Из русских психиатров на точке зрения возможности смешения двух рассматриваемых психозов стоит проф. В. П. Осипов. Многим же психиатрам кажется сомнительной самая возможность сочетания двух эндогенных заболеваний. С точки зрения генетики здесь действительно возможны некоторые сомнения. По нашему мнению однако можно принимать как нечто вполне совместимое с общими принципами патологии развитие на фоне циклоидной конституции различных заболеваний из группы процессов, в том числе и шизофрении. Подобно тому как это бывает при так называемом циркулярном прогредиентном параличе, первые приступы протекают в чисто маниакальной или депрессивной форме без наличия снижения интеллекта и без симптомов собственно шизофренического порядка, последующие же приступы в своей структуре все больше несут печать шизофрении, включая и все более ясное деградирование. При этом нельзя однако думать о механическом смешении двух заболеваний, так как приходится констатировать взаимную связанность и внутреннее проникновение картины одного психоза в другой. В наиболее чистой форме, которую можно было бы назвать циркулярной шизофренией, но которая видимо не исчерпывает всех возможностей, развитие болезни идет таким образом. Первый приступ маниакального состояния или депрессии может наблюдаться в возрасте около 20 лет, но как правило между 30 и 40 годами. Он проходит, не оставляя заметного деградирования, но вслед за ним вскоре развивается второй, третий и так далее, с очень незначительными промежутками с переходами маниакального состояния в депрессивное и наоборот. Часто уже во время первого маниакального приступа для чистоты картины не хватает яркости и обилия переживаний, в дальнейшем же все больше делается ясной печать шизофренического оскудения, причем состояние делается уже более стационарным. Трактовать эти случаи только как шизофрению не представляется возможным не только ввиду ясной циркуляции с светлыми промежутками между нервными приступами, но и по особенностям структуры психоза. Картина маниакального или депрессивного состояния бывает настолько полна, что обычно не возбуждает сомнения в принадлежности к циркулярному психозу, диагноз которого и ставится с полной определенностью. Течение, с другой стороны, показывает, что этот, так сказать, циркулярный дебют ведет в конце концов к шизофрении. В то же время здесь налицо и приступы циркулярного психоза, но они не распределяются, как бывает обычно, по различным возрастам жизни, а связаны определенным периодом, именно тем, когда начинается шизофренический процесс. Он при наличии циклоидной конституции выявляет приступы циркулярного психоза, давая в результате очень своеобразную картину. Такое толкование описываемой группы случаев тем более представляется оправданным, что и другие органические заболевания, развивающиеся на фоне циклоидной конституции, дают более благоприятное течение. Это относится не только к прогредиентному параличу, но и к артериосклерозу и даже к старческому слабоумию.

Течение шизофрении может видоизмениться и дать более или менее характерную картину в зависимости от влияния экзогенных моментов. Замечено например, что заболевание сифилисом может наложить особый отпечаток на картину шизофрении. По мнению некоторых авторов в таких случаях течение болезни более медленное.

Более определенно можно говорить о влиянии алкоголя и з м а. У лиц, по своим наследственным данным имеющих заболеть шизофренией и злоупотребляющих спиртными напитками, нередко наблюдается своеобразная комбинация двух заболеваний. У пациента наблюдается своеобразная комбинация двух заболеваний. У пациента более или менее остро развивается картина, которая по своим признакам должна трактоваться как белая горячка, но, начавшись вполне типично для этого заболевания, она не дает в обычный срок выздоровления, а затягивается, причем появляются симптомы,

не свойственные вообще ни белой горячке ни алкогольным заболеваниям; развивается большая замкнутость, появляются бредовые идеи преследования, бред физического воздействия и в дальнейшем вместе со ступениванием симптомов белой горячки все яснее вырисовывается картина шизофрении; иногда при этом первый приступ дает сравнительно хорошие ремиссии, чаще с незначительными изменениями психики в смысле шизофрении, в дальнейшем же развитие последней не подлежит никакому сомнению. На эти случаи впервые обратил внимание Гретер, и имеются все основания обозначать их как алкогольные дебюты шизофрении.

6. Параноидная форма шизофрении (Dementia paranoides). Эта форма, очень определенная по своей симптоматике и течению, в своем существе возникает на почве тяжелой эндогении, без участия или с очень малым участием внешних моментов. Также и в смысле наследственных взаимоотношений она свободна от каких-нибудь чуждых шизофрении генов, примыкая в этом отношении к простой форме, гебефренической и кататонической формам. Но она более отчетливо отграничивается от всех других и с самого начала возникновения учения о раннем слабоумии была принята всеми психиатрами и получила до известной степени право гражданства. Она развивается обычно после 30 лет, иногда еще позднее. Нередко обнаружению болезни способствуют какие-нибудь внешние моменты, но это не обязательно. Наиболее характерные явления — медленное, постепенное развитие бреда преследования и величия с склонностью складываться в известную систему. В генезе бреда играют большую роль различные неприятные ощущения и галлюцинации, преимущественно общего чувства и в области слуха; имеет значение и склонность бредовым образом истолковывать действительные события. Дело начинается с подозрительности, которая направляется на кого-либо из окружающих; больному кажется, что против него что-то имеют, шепчутся за его спиной, говорят про него в его отсутствии и сразу замолкают, когда он входит в комнату; пища иногда кажется подозрительной на вкус, и в нее несомненно положен яд; больной слышит подозрительные шорохи, стуки, голоса, угрозы по своему адресу, в газетах он постоянно находит какие-то странные намеки. Таким образом постепенно развивается более или менее сложный бред, в который оказывается замешанным все большее количество лиц. Бред часто абсурден, нелеп, и тенденция складываться в систему идет не настолько глубоко, чтобы дать цельные и в известном смысле логически построенные системы бреда того типа, которые свойственны паранойе. Сложению стройных концепций мешает и ослабление интеллекта, которое при параноидной шизофрении не выступает в ясной форме с самого начала, но с течением времени становится все отчетливее, в конечных стадиях давая картины такого глубокого слабоумия и такого психического оскудения, что лишь с трудом можно уловить обломки прежних пышных картин бреда.

В исходных состояниях разница между отдельными формами стирается в такой степени, что если бы отграничение отдельных форм делать в этом периоде, оно встретило бы непреодолимые трудности. Для иллюстрации приведем описание одного случая параноидной формы шизофрении.

Б-ная Я... 30 лет, девица, окончила среднюю школу, домашняя хозяйка, лежала в психиатрической клинике II ММИ три раза: в 1925, 1926 и 1927 гг.

При каждом поступлении она жаловалась на боли и неопределенные ощущения во всем теле, особенно в половых органах, высказывала уверенность, что организм ее разрушается воздействием на него каких-то электромагнитных аппаратов, которыми управляет особая еврейская организация.

В наследственности только «сердечные припадки» у матери; б-ная полагает, что они вызываются тоже влиянием «организации», так как воздействия, производимые ими на нее, отражаются и на всей семье. Родилась она в Тифлисе, развитие протекало вполне нормально, в детстве перенесла скарлатину и корь. В гимназии была с 10 до 18 лет, училась хорошо, увлекалась литературой, историей. По окончании средней школы поступила на педагогические курсы в Ленинграде, но их не окончила, потеряв к ним интерес; ей не сиделось на месте, стала разъезжать без определенных целей и занятий по своим знакомым в разных городах, жила у них не подолгу; некоторое время работала машинисткой, но все же были мысли об окончании своего образования: решала поступать то в педагогический институт, то на медицинский факультет, то в консерваторию. Одно время думала устроить свою семейную жизнь, но не удалось; половой жизнью совсем не жила, menses проходили правильно. Начиная с 1923 г. (28 лет), б-ная переехала к своей сестре в Харьков; считает, что жизнь ее с этого времени потекла по-особенному. Она уже не могла сама собой распоряжаться, не была вольна в выборе своих занятий, начала чувствовать себя нездоровой физически, появились неясные ощущения во всем теле. Все эти явления б-ная поставила в связь с особой «организацией», которая поселилась в квартире над помещением, занимаемым б-ной. Там было много молодежи, которая устраивала какие-то таинственные заседания и вечера. Вскоре она услышала, как домашняя работница ■ кухне рассказывала, что верхние жильцы заявили: «Анна Ивановна (больная) не уйдет из наших рук». Эта фраза еще более укрепила ее мысли о преследовании; когда она шла по лестнице или по двору, жильцы верхней квартиры выходили тоже и следили за ней. Однажды она встретила двух студентов «из организации»; они ее остановили, сказали, что у них есть кружок, который интересуется гипнотизмом; они считают б-ную медиумом и предлагают ей работать с ними, даже спросили, какое она желает за это вознаграждение. На свой отказ в участии она услышала замечание, что они тогда помимо ее воли подчинят ее своим желаниям. Б-ная решила избавиться от их домогательств и уехать в Крым, но на вокзале она заметила этих студентов, уезжавших с тем же поездом. В пути к ней подошел какой-то человек, который предложил ей сообщить ему время ее возвращения в Харьков, сказав, что по приезде она может зайти к нему; он хиромант и предскажет ей будущее. Ее удивил его вопрос о сроке приезда, она поставила его посещение в связь с «организацией», решив, что он—один из ее членов. Вскоре в вагон, в котором ехала б-ная, зашел какой-то студент, «точно он пришел посмотреть, как я себя чувствую», мелькнула у нее мысль: она решила, что «они и ■ дороге не хотят выпускать ее из виду». В Севастополе члены организации поселились в том же доме, где остановилась и б-ная, стали распускать о ней различные «слухи». Однажды она слышала, как соседка по балкону сказала ей: «Вас все время преследуют эти евреи, они говорят, что имеют на вас какие-то права». На улице члены организации предупредили ее, чтобы она не пыталась расследовать их дела, так как они настолько богаты, что всегда могут подкупить мешающих им людей; они имеют нефтяные участки и свои пароходы; распространяли слухи, что б-ная «ненавидит евреев, так как один еврей помешал ей выйти замуж»; слухи распространялись для того, чтобы очернить ее в глазах соседей. Находясь все время в каком-то напряженном состоянии, всецело поглощенная переживаниями, связанными с «организацией», она наконец решила все расследовать и с этой целью поехала в Харьков. Приехав домой, она увидела, что они усилили свои воздействия: над потолком ее комнаты они установили машину и начали ее «пропитывать электричеством», в потолке выдвигалась какая-то дощечка, и она слышала голоса трех членов «организации», которые говорили ей, что здесь история романическая и что один из студентов в нее влюблен, он гипнотизирует ее для того, чтобы добиться взаимности; больная считает, что это только «маскировка» основной причины преследования. Физически чувствовала себя очень плохо, по утрам вставала с шумом в ушах и с головной болью; все это ставила в связь с воздействием. Ее попытки устроить обыск в верхней квартире не удались, и тогда она поехала в Москву,

обрат
это «
С
и р
к Ду
ри
зан
что
вол
мета
зан
бра
и с
посл

рефл
боль
фаст
ний
в эт
ста
обна
обсл
три
В и
жит
ее с
она
обш
кот
в р
от
бре
сво
ный
зри
ной
но
нев
рен
врс
вит
ни

дей

ни
отд
ле
ос
а к
с т
ист
зы
бол
ко
ве
ка
са
та
ла
фр
ш

обратилась в Главнауку, желая разыскать проф. Бехтерева и поручить ему это «дело».

Она твердо задалась целью доказать фактическое существование голосов и решила обратиться к проф. Лазареву; не добившись толку, она отправилась к Дурову и все ему рассказала. Придя домой, она услышала его голос, говоривший, что с разрешения Семашко он может совместно с инж. Коржинским заняться ею и исследовать ее при помощи какого-то аппарата. Ей было сказано, чтобы она изолировала себя от влияния токов при помощи звонковой проволоки, пришитой к одеялу и матрацу; предложено было носить одежду из металлической сетки. Она хотела ехать в Италию к «знаменитому профессору, занимающемуся вопросами передачи мыслей». Все это не удавалось, и она собралась еще раз попытаться укрепить свой «разрушенный токами организм» и с этой целью обратилась в амбулаторию психиатрической клиники II ММИ, после чего и поступила в стационар.

Б-ная астенического телосложения, отмечается тахикардия, глоточный рефлекс отсутствует. Сознательна, ориентирована, подавлена, себя считает больной физически, высказывает мысли о разрушении в различных органах, настаивает на приглашении специалистов, от экспериментальных исследований психической сферы категорически отказывается, настаивает на том, что в этом смысле она совершенно здорова, но ее нервная система обладает свойствами воспринимать мысли и воздействия на расстоянии, и для того, чтобы обнаружить эти «особенности» и освободить ее от них, следует произвести обследование физиологическое. Все интересы, все проявления б-ной концентрируются на ее бредовых идеях, которые не лишены некоторой стройности. В центре — «организация», поставившая себе целью лишить ее возможности жить половой жизнью и стремящаяся обладать всем ее существом, подчинить ее своей власти. Организация добилась своего — организм ее почти разрушен, она вся «пропитана» электричеством. Организация держит ее в постоянном общении со своими членами, она слышит их голоса, получает приказания, которым обязана подчиняться, постоянно чувствует изменения, происходящие в различных органах под влиянием «воздействия», ощущает «струи», идущие от глаз к темени и выходящие из черепа, как дым». Всецело поглощенная этими бредовыми и галлюцинаторными переживаниями она не в силах сосредоточить свое внимание на чем-либо другом, не может ничем заняться, проявляет полный индифферентизм к окружающему, ко всему реальному. К больным подозрительна, подозревает их в участии в «кружке». Со стороны интеллектуальной сферы наблюдается оскудение, память не представляется расстроенной, но переработка всех восприятий, стоящих вне ее бредовой системы, совершенно невозможна, ассоциации разорваны, бедны. Стойкий, не поддающийся коррекции, ясно выраженный бред преследования, воздействия, отношения; все время галлюцинации обонятельные, слуховые и общего чувства: чтобы избавиться от слуховых галлюцинаций, она начинает производить особые движения нижней челюстью.

Ванны, укрепляющее лечение, кальциевая терапия не оказывали никакого действия на б-ную; наблюдалась медленная деградация личности.

Перечисленным не исчерпывается все разнообразие течения шизофрении, в которой можно было бы выделить значительно большее количество отдельных форм, как это и делают некоторые авторы. Однако такому разделению, основывающемуся на внешних особенностях, нельзя придавать особое значение. Более существенным нужно считать деление Берце на активные и неактивные формы. Иногда болезнь протекает с такими незначительными изменениями и развивается так медленно, что истинный характер болезни выявляется значительно позднее. Это так называемые мягкие формы шизофрении. В некоторых случаях болезнь дебютирует нерезко выраженными и кратковременными вспышками, кончающимися настолько благоприятно, что больные считаются выздоровевшими. Однако повторение заболевания в той же форме, но с более ясной картиной шизофрении указывает, что и первая вспышка не была чем-то самостоятельным, а была первым приступом той же болезни. Принято считать, что в промежутках между приступами шизофрении была скрытом, латентном состоянии. Случается изредка, что первый ясный приступ шизофрении развивается впервые в позднем возрасте (поздний дебют шизофрении).

Мы упоминали уже, что иногда шизофрению в начале течения трудно отличить от картины нервного истощения. Бывают, с другой стороны, случаи, которые дебютируют истерическими припадками, причем долгое время больные диагностируются как страдающие «дегенеративной истерией». И в этих случаях постепенное снижение личности указывает на истинную природу болезни.

Значительные отличия представляет и шизофрения в детском возрасте. Шизофрения, развивающаяся в пубертатном периоде и позднее, не представляет особых отличий от того, что наблюдается у взрослых. Но бывают случаи, когда у ребенка 3—4 лет появляется картина, которая по своей симптоматике и всей психической структуре должна быть отнесена к шизофрении, в правильности такой квалификации этих случаев убеждает и дальнейшее течение. Случаи, начинающиеся в раннем детстве, по предложению итальянского психиатра Санкто де Санктис давно стали называться *dementia praecoxissima*. Более тщательное изучение психозов детского возраста, в чем особенно большое участие приняли русские психиатры, привело к необходимости замены этого суммарного понятия более дифференцированными названиями, учитывающими особенности различных возрастных периодов. Здесь в особенности выяснилась необходимость отойти от прежнего понятия раннего слабоумия и заменить его названием шизофрении, так как во многих случаях речь идет главным образом об отклонениях от правильного развития личности, а не об интеллектуальном недоразвитии в собственном смысле. Этот момент нельзя не признать очень существенным, если принять во внимание, что речь идет именно о психике, идущей вперед по определенным этапам развития. Естественно поэтому, что теперь говорят не вообще о детской шизофрении, а о пубертатных шизофрениях, школьных и дошкольных шизофрениях и даже шизофрениях раннего детства.

История развития учения о детской шизофрении связана с историей так называемой *dementia infantilis* Геллера. Это — картина слабоумия, развивающаяся без внешних толчков в возрасте 2—4 лет, она была описана как заболевание *sui generis*. Позже ее стали сближать с шизофренией раннего детства; теперь имеется тенденция относить ее не к шизофрении, а в группу псевдосклерозов.

Очень ранние заболевания этой болезнью всегда представляют трудности для диагноза по различным причинам. Если предположить, что шизофрения начнет развиваться в самые первые годы жизни, то она даст слабоумие, едва ли отличимое вообще от олигофрении. В этом случае на принадлежность к шизофрении будет указывать только наличие кататонических или каких-нибудь иных симптомов, свойственных этой болезни. На взаимное отношение между идиотией и ранним слабоумием обратил один из первых внимание Вейгандт, по мнению которого многие идиоты со стереотипным раскачиванием из стороны в сторону, с стереотипными и импульсивными поступками по существу должны быть отнесены к шизофреникам. Если это мнение и справедливо по отношению к некоторым случаям, то его не нужно обобщать, и вполне возможно существование клинических картин врожденного слабоумия со всеми только что перечисленными признаками, но не имеющих никакого отношения к шизофрении. Как справедливо указывал еще Крепелин, эти особенности в двигательной сфере могут быть результатом раздражения подкорковых узлов, автоматизм которых не находит противодействия в недоразвитой деятельности коры. Затем нужно иметь в виду, что отдельные кататонические и даже как будто прямо шизофренические симптомы могут быть до известной степени возрастным явлением. Упрямство и упорство, иногда прямо с проявлениями негативизма, эхолалия, стереотипия речи и поведения, иногда вербигерация и образование новых слов, известная импульсивность очень свойственны маленьким детям, особенно в возрасте 2—3 лет. Они должны быть рассматриваемы именно как проявления подкоркового автоматизма при недоразвитой еще коре. Эти особенности, дающие повод думать о шизофрении, с дальнейшим ростом ребенка сходят на-нет, но даже и на высоте их развития живость эмоций, активность, хороший и живой интеллект сразу дают возможность решить, что здесь нет ничего общего с шизофренией. Но если эти особенности будут наблюдаться у ребенка, у которого ин-

интеллект от рождения невысок или неполноценен, тогда точная постановка диагноза будет затруднительна. Затем нужно иметь в виду, что в детском возрасте можно встретить как постоянные черты характера замкнутость, аутистическое поведение, странности, отношение которых к шизофрении не всегда одинаково. В одних случаях это препсихотическая личность шизофреника, т. е. это те дети, у которых впоследствии в детском еще, отроческом возрасте или когда они сделаются взрослыми развивается шизофрения. Изучение прошлого шизофреников, заболевших после возраста полового созревания, в особенности ознакомление с их характером в детстве, показывает, что в очень многих случаях шизофреники обращали на себя внимание своеобразием психического склада, еще будучи маленькими детьми. Иногда же такие особенности должны быть рассматриваемы как проявления шизоидной психопатии, которая до конца жизни не дает прогрессивного процесса. Различение тех и других главным образом по большей активности психопатов и отсутствию нарастания изменений у них хотя и возможно, но является очень трудным. Если у взрослого отличие шизофрении как процесса от шизоидной психопатии, основывающееся на наличии прогрессирующего, представляет затруднения, то последние еще более значительны в детском возрасте, так как личность не представляет еще чего-либо установившегося. В особенности трудно отличить шизофрению от шизоидной психопатии у неполноценной в интеллектуальном отношении личности. В общем постановка диагноза шизофрении в детском возрасте не всегда может быть сделана с полной определенностью, и несомненно, что этим диагнозом очень злоупотребляют, относя сюда и случаи шизоидной психопатии и психопатии другого рода с явлениями интеллектуальной неполноценности и случаи шизоидирования личности под влиянием туберкулезной интоксикации, психических, равно как и других моментов. Наиболее чистыми случаями нужно считать те, где точно доказано нормальное развитие до известного периода, а затем какое-то острое психическое заболевание, давшее в результате полное крушение личности. Иногда оно развивается как будто без всякой внешней причины в силу выявления эндогении, но очень часто приходится считаться с ролью экзогенных моментов, чаще всего детских инфекций, истощения, реже — психических причин. Иногда эта экзогенная дает толчок для развития картины заболевания, в генезе которого главную роль играют все же эндогенные моменты, и соответственно этому по миновании более острых явлений улучшение, которое сначала может идти быстро, все же не идет дальше ремиссии, оставляя после себя более или менее значительное ослабление психического функционирования, делающееся стационарным. Что касается симптоматики, то она во многих отношениях отлична от обычных картин, наблюдаемых у взрослых шизофреников. Прежде всего нужно отметить, что на первом плане у детей стоят двигательные расстройства, именно кататонические явления. Застывание в одной позе, стереотипия речи и движений, эхолалия, импульсивные поступки, различные гримасы, часто хоботообразное вытягивание губ — самые постоянные явления у детей-шизофреников. Нередки приступы кататонического возбуждения и особые судорожные припадки; иногда в картине их ясно выступает кататонический характер, иногда же они ничем не отличаются от обычных эпилептических припадков. Последние вообще встречаются при шизофрении, причем до известной степени как правило можно рассматривать положение, что они встречаются тем чаще, чем моложе больной. Поскольку для детского возраста характерна склонность к судорожным реакциям, постольку естественно, что судорожные припадки сравнительно чаще наблюдаются у маленьких шизофреников. В противоположность двигательным расстройствам интеллектуальные не играют такой большой роли. Может быть здесь нужно принять во внимание, что психика лишена обилия и полноты переживаний, свойственных взрослому. В соответствии с не вполне развитой деятельностью корковых механизмов преобладающее влияние на поведение получают импульсы, исходящие из подкорковой зоны. Но могут иметь значение и другие моменты, связанные с особенностями детского организма. Для психопатологии детского возраста характерны те расстройства, на которые нужно смотреть как на явления раздражения известных отделов центральной нервной системы, например галлюцинации. Что касается бредовых идей, то они не так типичны. Если отрывочные идеи, главным образом преследования, и не представляют

особенно большой редкости, в частности при шизофрении, то совершенно не наблюдается стойких и сложных бредовых систем, требующих для своего образования длительной интеллектуальной переработки под определенным углом зрения. В исходных состояниях маленькие шизофреники характеризуются полным угасанием более высоко стоящих интеллектуальных проявлений и сведением психической жизни к низшим влечениям, своим бессмысленным поведением очень часто импонируя, как тяжелые олигофрены. Знание анамнеза, именно того пути, каким пришли они к такому состоянию, позволяет выяснить, что налицо имеется приобретенное слабоумие и притом определенного характера. Однако и без знания анамнеза можно уяснить истинное положение дела. Всегда при этом можно обнаружить те или другие обломки психического крушения, которые по самому своему характеру свидетельствуют, что в известном периоде психическая жизнь была на высоте. Прежде всего обращает внимание, что речь таких больных, поскольку можно судить по отдельным словам и отрывочным фразам, которые удается услышать даже от шизофреников, страдающих мутацизмом, лишена каких-либо признаков недоразвития, столь характерных для олигофренов, именно шепелявости, картавости и пр. Отдельные фразы, которые произносят шизофреники, построены грамматически правильно и тоже свидетельствуют об известной высоте развития. Содержание отрывочных речевых продукций указывает почти всегда на остатки запаса сведений, приобретенных до болезни и недоступных больным с врожденным слабоумием.

Кроме этих случаев встречаются очень часто другие с иным более благоприятным течением и может быть с иной основой по существу. Можно считать доказанным существование кроме таких случаев еще — других как бы экзогенных шизофрений или шизофренных реакций, — случаев, которые дают право говорить о шизофренном типе реагирования психики на экзогенные моменты. Нередко под влиянием главным образом инфекции развиваются картины, не отличимые от шизофрении, которые однако через сравнительно короткое время проходят, не оставляя никакого следа. В детском возрасте, принимая во внимание свойственную ему чувствительность нервной системы, такие случаи должны наблюдаться особенно часто. Практика это и подтверждает. Особенно много детских психозов этого рода бывает после перенесенных эпидемий.

Парафрении

Как видно из приведенных данных, касающихся различных форм шизофрении, в особенности параноидной формы, во многих случаях бывает нелегко отграничить ее от хронической паранойи. Это станет вполне понятным, если обратить внимание на условия, при которых возникла как отдельная группа параноидная форма. Обособляя ее, Крепелин включил в нее значительное количество случаев паранойи прежнего времени и так называемого хронического бреда с систематическим развитием Маньяна, причем собственно паранойя стала пониматься в очень ограниченном объеме, так что сам Крепелин с трудом мог найти хотя бы один случай «истинной» паранойи, когда ее нужно было демонстрировать на лекциях. Взгляды Крепелина именно в области заболеваний, характеризующихся развитием стойкого и сложного бреда, не встретили того сочувственного отношения, с которыми они были приняты по отношению к другим частям проблемы раннего слабоумия. Ввиду сложности вопроса в этом нет ничего удивительного, тем более что и сам Крепелин неоднократно менял свои взгляды, то суживая то расширяя объем паранойи и параноидной формы раннего слабоумия. Разнообразие параноидных форм настолько велико, что действительно постоянно возникают диагностические затруднения, если все случаи только и можно было относить или к раннему слабоумию сравнительно с быстро наступающим пси-

хическим распадом или к паранойе с довольно строгими требованиями в смысле полной сохранности интеллекта, сложности и системности бреда, развития его без отношения к галлюцинациям, исключительно в результате бредовых интерпретаций действительных событий. Ввиду этого понятна попытка, сделанная тем же Крепелином, создать новую болезненную форму, в которую вошли бы случаи, не подходящие ни к раннему слабоумию ни к паранойе. Новой форме дано было название **п а р а ф р е н и я**, и предполагалось, что это более или менее самостоятельная группа; затем выяснилось все-таки, что как по клинической картине, заканчивающейся более или менее выраженным слабоумием, так в особенности по наследственным данным эта форма должна быть отнесена к раннему слабоумию в качестве особой подгруппы, которой Крепелин дал название **эндогенных слабоумий**. Ввиду довольно яркой клинической характеристики и своеобразности течения, характеризующегося лишь очень медленным нарастанием слабоумия, которое выступает притом далеко не сразу, эти случаи заслуживают описания в известной степени как особые формы течения той же шизофрении. Известное право на обособление этой группы дает живость эмоциональной сферы, которая до конца сохраняет такой характер. В недавно вышедшей монографии о паранойе Колле также считает целесообразным выделить особую группу параной, которая по существу является парафренией.

В группе парафрений выделяют следующие отдельные формы.

А. Систематическая парафрения характеризуется медленным и постепенным развитием бреда, который обнаруживает склонность к систематизации; более или менее значительную роль играют галлюцинации. Долго сохраняются связанность интеллекта, общая живость и работоспособность. В общем это те случаи, которые раньше были выделены и отнесены к раннему слабоумию из группы параной и хронического бреда Маньяна. Некоторые случаи систематической парафрении Крепелина и теперь с известным правом могли бы считаться настоящей паранойей.

Б и В. Фантастические и конфабуляторные парафрении — две довольно близкие друг к другу формы с ярко выраженным бредом преследования и величия. В одних случаях на первый план выступает очень обильное бредообразование с созданием самых фантастических картин бреда величия и преследования, в других случаях к бредовым настроениям ведут конфабуляции с участием ложных воспоминаний, бред менее ярок и не так обилен, как в первой группе.

Г. Экспансивная парафрения, при которой более или менее яркие бредовые идеи наблюдаются на фоне повышенного самочувствия и общего возбуждения, напоминающего маниакальное. Чаще всего наблюдаются идеи величия; течение хроническое с возможностью ремиссий и с медленным развитием слабоумия. Можно иметь в виду известное участие циклоидных генов, так что эта форма примыкает до известной степени к периодическим шизофрениям.

Распознавание шизофрении

Не только в исходных состояниях со специфическим расщеплением психики, но и при вполне выраженной картине болезни диагноз шизофрении не представляет затруднений. Центральным пунктом является глубокое изменение личности с прогрессирующим деградированием, зависящим не столько от поражения отдельных способностей, сколько от общего расчленения психики. Характерны аутистические установки, недоступность, делающая невозможным проникновение

во внутренний мир, несмотря на отсутствие расстройства сознания, бредовые идеи с участием в генезе их органических ощущений и галлюцинаций, большое эмоциональное притупление, нелепость и непонятность поведения. Ослабление работоспособности, являющееся существенным критерием при распознавании органических заболеваний в собственном смысле, в данном случае не может служить такой опорой, так как сохранение приобретенных навыков и формальных способностей дает иногда возможность довольно долго продолжать выполнение профессиональных обязанностей. То же относится к кататоническим симптомам, которые, будучи особенно ярко выражены при шизофрении, с одной стороны, не являются обязательным ее признаком, а с другой — встречаются и при других заболеваниях. Известное ориентировочное значение в смысле направления внимания на возможность шизофрении имеет внешний вид больных, их странные позы, неподвижное выражение лица или своеобразные гримасы, вазомоторные расстройства, иногда сальная кожа на лице и резкий запах пота. На мысль о шизофрении может навести своеобразная манера шизофреников подавать руку, не сгибая кисти, а держать ее лопаточкой, и не сжимать руки того, с кем обмениваются приветствиями.

Тщательная оценка всей клинической картины с точным учетом изменений, происшедших в личности больного со времени болезни, является единственным правильным путем при распознавании, даже если речь идет о начальных случаях. Здесь выяснение истинного характера болезни, представляя гораздо большие трудности, является в то же время делом большой важности, так как диагностические ошибки могут повести к неприятным последствиям. В особенности это относится к тем случаям, в которых болезнь вначале представляет вышеописанную картину прешизофренической психастении или неврастения. Признание шизофреника с начальными явлениями болезни за неврастеника с оставлением его в прежней установке, иногда с очень значительной интеллектуальной нагрузкой, и лечение его гипнозом или может быть психоанализом, не дав больному того, что ему нужно, может принести очень большой вред. Существенным отличительным пунктом, который может помочь разобраться в положении дела, нужно считать то, что для невротических состояний всегда налицо имеются внешние моменты: большое переутомление, тяжелые переживания, а шизофрения развивается изнутри без внешних толчков; эмоциональные расстройства наблюдаются там и здесь, но при невротических состояниях они более живы и интенсивны и кроме того психологически легко понятны, именно как реакция на волнующие моменты, между тем при шизофрении они носят характер скорее чисто физиологического раздражения, более элементарны. Кроме того здесь очень рано наблюдается утрата тонких чувствований, в известном смысле эмоциональное притупление с выдвиганием на первый план эгоистических тенденций. В связи с этим шизофреник больше винит других, психастеник — преимущественно себя. Могут быть до известной степени использованы изменения со стороны чувствительности, ослабление рефлексов со стороны кожи и слизистых оболочек, а также отсутствие расширения зрачков на болевые и психические раздражения (симптом Бумке). При всем том дифференциальный диагноз

между начальными стадиями шизофрении и невротическими состояниями представляет большие трудности, и особенно это относится к случаям с невротическими реакциями. В очень многих случаях как будто типическая картина истерических реакций с течением времени оказывается шизофренией. Нередко встречаются случаи, как будто бы типические для того или другого невроза, которые долгое время лечатся в специальных санаториях и через 2—3 года не внушают уже никаких сомнений в принадлежности к шизофрении. Это явление нельзя объяснить невнимательностью или недостаточной компетенцией врачей, на попечении которых они были. Никакая компетенция, и даже самое внимательное отношение не всегда могут предугадать такую трансформацию клинической картины. По существу дело объясняется вероятно тем, что невротические и в частности истерические реакции могут быть ответом не только на внешние, главным образом психические, моменты, но могут иметь в основе изменения личности, развивающиеся вместе с психозом. Органические изменения мозга видимо создают условия повышенной физической готовности в том же смысле, как это наблюдается в периоде послеинфекционных заболеваний, при алкогольном и других отравлениях. При шизофрении биологические изменения имеют место вне всякого сомнения не только тогда, когда уже ясно выражены симптомы психоза, а и задолго, иногда за много лет до этого. В этом так сказать пресимптоматическом периоде реакции организма уже изменены, почему невротические реакции возникают особенно легко. Если иметь в виду истерические реакции, то появление их в данном случае легче объяснить, чем в каком-нибудь другом. Истерические проявления являются первобытной защитной реакцией, а между тем при шизофрении наблюдается тенденция к оживлению архаических элементов в психике. Во всяком случае так называемые дегенеративные невращения и истерии, возникающие без видимых внешних причин и оказывающие упорное сопротивление терапевтическим попыткам, всегда подозрительны в смысле возможности выявления шизофрении.

Большие трудности в смысле дифференциального диагноза представляют начальные случаи при отграничении их от различных психопатий, в особенности так называемых шизоидных психопатий. В этом случае приходится обращать внимание на то, являются ли наблюдаемые нарушения психического функционирования чем-то более или менее постоянным или по крайней мере существующим много лет или же появились только за последнее время. В особенности нужно придавать значение решению вопроса, имеются ли налицо стойкие изменения личности того типа, который свойствен шизофрении как процессу.

В некоторых случаях нелегко дифференцировать от случаев психотических вспышек на фоне врожденной недостаточности интеллекта. В типических случаях шизофрении развивается у лиц, не представляющих интеллектуальных недочетов, но возможны и случаи так называемой пропфебегфрении, когда именно еще до обнаружения психоза отмечается более или менее ясная неполноценность. Возможность таких случаев и делает постановку диагноза особенно трудной. У имбециликов могут быть приступы возбуждения, носящие характер психотических вспышек, иногда они представляют с внешней стороны большое сходство с шизофренией; не нужно думать однако, что появление в психике слабоумных от рождения каких-то новых изменений непременно указывают на пропфебегфрению. Имеются основания, как то делают Сиоли и Нейштадт, выделять особые эпизодические психозы у слабоумных. Анализ всей клинической картины может выяснить истинную натуру нервных явлений в смысле действительно таких

эпизодических психозов, психогенных реакций или шизофренических сдвигов. При этом может помочь все, что отличает слабоумие олигофренического типа от того, которое наблюдается при шизофрении. При вполне выраженных болезненных явлениях, и притом настолько определенных, как будто ни о чем другом не может быть и речи кроме шизофрении, всегда нужно ставить вопрос, можно ли говорить о шизофрении как специфическом деструктивном процессе или не исключается возможность, что наблюдаемая картина, как будто сплошь составленная из типических шизофренических симптомов, является только случайным сочетанием признаков, на которое нужно смотреть как на своего рода реакцию нервной системы на различные внешние раздражения. Поппер установил понятие шизофренического типа реакции, дав ему следующее определение: без того чтобы в прошлом имелись какие-нибудь указания на шизофрению и без того чтобы в последующем были констатированы какие-либо ее симптомы, возникают картины, не отличимые от шизофрении, как своего рода реакции на различные моменты. В качестве последних выступают главным образом инфекции, реже — интоксикации. Характерным в данном случае является то, что различие в вызывающих моментах не отражается на характере реакции, которая остается всегда одна и та же. Например в одном случае в течение нескольких лет было 6 приступов психоза со всеми особенностями шизофрении, которые все кончились выздоровлением, при этом все приступы развились после инфекций и притом различных: грипп, брюшной тиф, дифтерия и пр. Случаи, о которых идет речь, все же по существу различны: в одних картина, вполне соответствующая шизофрении, к ней должна быть отнесена и по существу. Можно думать, что здесь речь идет о выявлении так сказать латентной шизофрении, основные элементы которой были настолько глубоко скрыты, что могли быть обнаружены только наличием резкой экзогении, но что здесь центр тяжести лежит все-таки во вполне сложившихся болезненных механизмах, хотя бы и глубоко скрытых, видно из того, что реакция оказывается одна и та же несмотря на глубокие различия в экзогении. Такие случаи Кан и Криш обозначают как экзогенные, или симптоматические, шизофрении. Иногда же реактивные изменения могут принять внешнее сходство с шизофренией, хотя соответствующие им механизмы совершенно иные и не имеют к ней никакого отношения. В этих случаях правильнее говорить только о шизоформных реакциях, тем более что сходство с шизофренией идет не так глубоко и налицо могут быть симптомы иного происхождения. Из сказанного ясно, что точное решение вопроса о наличии шизофрении как процесса или о шизофреническом типе реагирования представляет особенно большие трудности, и во многих случаях до поры до времени вопрос может быть решен только предположительно. Развитие психоза без участия каких-либо экзогенных воздействий говорит конечно за процесс, но если заболеванию предшествовали какие-либо инфекции или аналогичные моменты, не нужно думать, что оно является только симптоматическим или просто реактивным состоянием. При наличии шизофренического предрасположения инфекция легко может вызвать изменения с характером процесса, а не только одну реакцию. Поэтому при наличии ярко выраженной экзогении всегда нужно думать о возможности чисто реактивных изменений, но точное решение вопроса может быть дано только тщательным анализом всех особенностей случая, а иногда — только дальнейшим течением.

Очень часто приходится дифференцировать между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Поводом к тому является как периодичность течения, свойственная очень многим случаям шизофрении, так и то, что при ней нередко встречаются состояния возбуждения, близкие к типическим маниакальным, равно как и состояния ступора, близко напоминающие меланхолию. Затруднения в особенности могут возникнуть в самом начале заболевания, если оно развивается остро, тем более что в этом случае не может помочь такой критерий, как периодичность. Центр тяжести вопроса как всегда, так в особенности здесь нужно видеть в анализе состояния, который может позволить прийти к заключению об истинном характере наблюдаемого возбуждения или тоскливости. Отличительным признаком здесь в случае возбуждения должны быть маниакальная отвлекаемость, повышение продуктивности, подвижность и живость эмоциональной сферы, с одной стороны, бессвязность речи, хаотичность,

бессмысленность возбуждения и известное эмоциональное притупление с другой. Если же речь идет о состоянии угнетения, то очень важно помнить следующее: при шизофреническом ступоре имеется не общее замедление психического функционирования, а полная остановка, точно вследствие какой-то закупорки; при меланхолическом угнетении, как бы ни было оно глубоко, всегда чувствуется желание пойти навстречу, и при известной настойчивости всегда можно получить ответную реакцию. При шизофреническом ступоре врач встречает непреодолимые препятствия, точно натывается на глухую стену, и самые энергичные воздействия оказываются все время напрасными, пока не произойдет чего-то, устраняющего закупорку, и далее речь и движения идут свободно и незамедленным темпом. Характерным для шизофрении таким образом нужно считать не общее замедление, а затруднение, иногда абсолютно непреодолимое только в начале движения. Не менее характерные отличия можно установить и в эмоциональной сфере, которая при шизофрении бывает притуплена, а при меланхолии только подавлена, соответственно этому и мимика дает право предполагать только безразличие и тупое упорство, тогда как у меланхоликов она говорит о тяжелой тоске и внутренних страданиях. Если речь идет о заболевании, которое тянется годами, и имеются указания, что оно течет с какими-то приступами, то чрезвычайно важно выяснить, можно ли говорить об интермиссиях, совершенно светлых промежутках без признаков собственно психоза, или только ремиссиях — состояниях улучшения, но неполного выздоровления. Практически это сводится к точному выяснению, остался ли больной после первых приступов прежним или в личности его произошли несомненные изменения специфического характера. В последнем случае психоз нужно оценивать как шизофрению. Всякие сомнения в этом отношении должны исчезнуть, если имеются уже налицо явления слабоумия. Для решения вопроса могут быть полезны данные психологического эксперимента, исследование ассоциации, метод Роршаха. Обещают быть плодотворными ведущиеся в различных направлениях совместные исследования психиатров с психологами, имеющие целью дать более или менее точные методы для выявления особенностей психологии шизофреника и дифференцирование их от того, что представляет слабоумие в собственном смысле. В диагностическом отношении могут помочь и данные соматического статуса и результаты биологических исследований, но они не настолько положительны, чтобы иметь решающее значение.

Из них может быть больше других имеет значение так называемая этеризация, предложенная Клодом. При эфирном наркозе, который доводят до полного усыпления, принимая в таких случаях все обычные меры предосторожности, наблюдается несколько иная реакция при шизофрении как таковой и при других только сходных с ней заболеваниях, в частности при симптоматической шизофрении, шизоформных реакциях. При наличии процесса, характерного для раннего слабоумия в собственном смысле, сон наступает обычно без предварительных явлений раздражения и без каких бы то ни было переживаний, о которых больные могли бы потом рассказать. Между тем по наблюдениям Клода при так называемой шизомании (соответствует до известной степени симптоматической шизофрении) сон наступает не сразу, а после более или менее значительного периода возбуждения; при этом при пробуждении больные рассказывают об обильных и ярких переживаниях, носящих характер сновидений. К сожалению различие в отношениях к этеризации особенно отчетливо только при вполне выраженных явлениях болезни с наличием слабоумия, когда распознавание не представляет особых затруднений. Большую роль играет анализ наследственных взаимоотношений. Типическая картина наследственности с большим количеством шизофренических психозов и вообще заболеваний, ведущих к слабоумию, по боковым линиям, делает очень вероятным, что и данное заболевание относится к шизофрении; одна наследственность однако конечно не решает вопроса, тем более что она не всегда носит определенный и однородный характер.

При остром возникновении психоза с резко выраженными явлениями ступора или просто негативизма может возникнуть подозрение об аменции, в смысле особого психоза истощения; но обычно удается без особого труда выяснить, что у больного нет в сущности затемнения сознания и что нарушение контактов с окружающим, отсутствие реакции на внешнее раздражение

зависит только от аутистических установок или ступора. С другой стороны, нужно иметь в виду возможность при шизофрении аментивных состояний, как отдельных эпизодов в течении болезни. В таких случаях налицо кроме симптомов спутанности оказывается много и специально шизофренических симптомов; течение обыкновенно также очень быстро обнаруживает истинно-шизофренические симптомы, заслуживает внимания при этом, что отдельные шизопри аменции, равно как и при инфекционных психозах. В общем, если исходить только из клинической картины в тот или другой отдельный период, отграничение обоих заболеваний может быть не легко, но если учесть особенности этиологии, развития и течения, оно все-таки возможно.

Иногда бывают случаи, когда встает вопрос о дифференцировании с эпилептическими психозами и вообще эпилепсией. Затруднения могут представить судорожные припадки, которые вообще нередко бывают при шизофрении, но в особенности приступы затемнения сознания у эпилептиков с возбуждением и бессвязной речью, с нелепым поведением, иногда с кататоническими явлениями. Нужно иметь в виду, что эпилептики могут дать картину более или менее значительного сходства с шизофренией, главным образом в состоянии затемнения сознания. Поэтому при наличии его следует особенно осторожно высказываться в пользу шизофрении, так как сходство в картинах болезни может быть только внешним и притом временным. Отграничение бывает в особенности нелегко, когда судорожные припадки, чаще всего наблюдаемые ■ начале шизофрении, остаются такими же частыми и в дальнейшем течении. Нужно указать на какое-то внутреннее родство между обеими болезнями, на что указывают прежде всего особенности наследственного отягощения шизофреников, среди родственников которых очень много эпилептиков, и тоже главным образом по боковым линиям. Затем с той же точки зрения нужно оценивать те, правда, редкие случаи, когда приходится констатировать комбинацию обоих заболеваний у одного и того же больного.

Нельзя однако думать о такой комбинации во всех случаях, когда на фоне ясно выраженной шизофрении наблюдаются судорожные припадки. Последние могут быть судорожной формой реакции только на тот мозговой процесс, который лежит в основе шизофрении. Понятно также, что такие припадки чаще бывают в начале болезни, когда особенно сильны вообще явления раздражения. Равным образом не являются комбинацией с эпилепсией те случаи шизофрении, когда судорожные припадки отмечаются в анамнезе, так как они могут быть вообще различного происхождения; в особенности это относится конечно к припадкам, наблюдавшимся в детстве. Все же можно сказать и теперь, что за исключением редких случаев дифференциальный диагноз между ними не представляет непреодолимых трудностей.

То обстоятельство, что шизофреники могут пить и даже злоупотреблять спиртными напитками, дает иногда возможность впасть в ошибку ■ том смысле, что сложное заболевание, имеющее в своем существе шизофрению, принимается за чисто алкогольное. Здесь в особенности нужно иметь в виду существование алкогольных дебютов шизофрении, начинающейся в этих случаях с картины, очень близкой к белой горячке. Все же внимательное изучение особенностей позволяет открыть в ней какую-то атипичность, иногда большую роль слуховых галлюцинаций, а не зрительных, отсутствие свойственной алкогольным заболеваниям яркости и живости, иногда какую-то неподвижность картины и особенности течения, гораздо более длительного, причем на смену отступающим на задний план алкогольным расстройствам все больше вырисовываются чисто шизофренические симптомы. Случаи затаянных алкогольных психозов, как об этом более подробно будет сказано в соответствующей главе, всегда подозрительны в смысле какого-то отношения к шизофрении.

Данные патологоанатомического исследования и сущность болезни

Не подлежит никакому сомнению, что шизофрения, если иметь в виду вполне развитые случаи болезни и оставить в стороне случаи так называемой симптоматической шизофрении и шизоформных реак-

ций, представляет определенный анатомический процесс, причем картина стойких изменений психики с характерным слабоумием соответствуют и явления выпадения нервных элементов в коре полушарий и в других отделах головного мозга. Но относительно шизофрении, больше чем относительно какого-либо другого психоза, нужно иметь в виду, что это болезнь не только мозга, но и всего организма.

В смысле общих изменений организма более всего обращают на себя внимание признаки недостаточности и слабости физического развития. Сравнительно нередко в случаях раннего слабоумия находили особое аномальное сложение, так называемый *status lymphaticus*, а иногда и неполную инволюцию зубной железы (*status thymico-lymphaticus*). Как известно, наличие этих признаков служит указанием на врожденную слабость организации, на недостаточную способность сопротивляться различным вредным моментам.

Явления того же порядка — недостаточное развитие сердечно-сосудистой системы, малые размеры сердца, иногда так называемое капельное сердце, узость аорты. Эти особенности тем более обращают на себя внимание, что у шизофреников не наблюдается ■ то же время склонности к развитию артериосклероза. Даже в случаях большой продолжительности и у больных, достигших пожилого возраста, не наблюдается тех резких изменений сосудов, которые представляют обычное явление на трупах больных с циркулярным психозом, погибших в том же возрасте. Из изменений, пришедших вместе с болезнью, на первом плане нужно поставить туберкулез легких ■ других внутренних органов, нередко туберкулезные язвы ■ кишечнике, развивающиеся в результате проглатывания туберкулезной мокроты.

Часто приходится констатировать общие атрофические изменения всех внутренних органов, в частности печени, почек.

Со стороны желез внутренней секреции особого внимания заслуживают атрофические изменения щитовидной железы в хронических случаях, дряблость надпочечников, атрофия преимущественно медулярного вещества, уменьшение количества липоидного вещества в корковом слое, иногда туберкулез надпочечников, а также атрофические изменения в половых органах с запусением семенных трубочек в яичках и с аналогичными изменениями в яичниках.

Что касается нервной системы, то прежде всего следует упомянуть о различных аномалиях развития, чаще всего встречаемых в мозжечке в виде недоразвития его целиком или одной его половины, нередко асимметрии и неправильности в расположении борозд, аномалии в образовании виллизиева артериального круга и другие аномалии со стороны сосудов. Все эти изменения не специфичны для шизофрении, и самое большое вместе с другими данными позволяют думать, что эта болезнь развивается на почве особого предрасположения.

Из макроскопических изменений больше всего приходится останавливать внимание на данных отрицательного характера, в особенности на отсутствии менингита и вообще признаков, указывающих на изменение воспалительного характера. Лишь в случаях большой продолжительности можно встретить нерезкое утолщение и мутность мягкой мозговой оболочки. Резко выраженного склероза обыкновенно не бывает и в мозговых сосудах.

Объем и вес мозга нередко, особенно в острых случаях, оказываются не только не уменьшенными, но даже увеличенными. Это зависит частью от агонального отека, но главным образом от особого состояния **мозгового набухания**, зависящего от того, что вследствие химических изменений, связанных с болезнью, мозг приобретает способность связывать воду в большом количестве. Такой мозг кажется увеличенным, с выпуклыми извилинами, но на разрезе оказывается не только не влажным, как бывает при отеке, но даже сухим. Вследствие увеличения массы мозга он как будто бы с трудом вмещается в ставшей для него тесной черепной коробке, благодаря чему на поверхности только что вынутого мозга можно видеть отпечатки от неровностей внутренней поверхности черепа. Явления набухания наблюдаются главным образом не в исходных состояниях, а в остром периоде или на высоте развития болезни.

При известной давности болезни всегда бросается в глаза картина **атрофических изменений**, которые выражаются ■ **расширении борозд и утончении извилин**. Атрофия касается преимущественно серого вещества и ■ **типических случаях** более всего бывает выражена в области лобных, меньше височных, теменных и других извилин. При резко выраженном атрофическом процессе в качестве последовательного явления наблюдается расширение мозговых желудочков. Наличие атрофических изменений при отсутствии лептоменингита, зернистого эпендиматита и сколько-нибудь выраженного артериосклероза может считаться сочетанием, чаще всего встречаемым при шизофрении, если речь идет ■ **хронических случаях**, в острых место атрофии заступает мозговое набухание, хотя конечно только по этим признакам нельзя судить о наличии именно шизофрении, тем более что мозговое набухание встречается иногда при эпилепсии и некоторых других заболеваниях.

При микроскопическом исследовании также не удастся найти изменений, которые могли бы считаться специфическими для этой болезни. Несмотря на усилия ряда выдающихся исследователей шизофрении, являясь несомненно мозговым заболеванием, в то же время не имеет для себя характерного патологоанатомического субстрата в том смысле, в каком о нем можно говорить по отношению к прогрессивному параличу, артерисклерозу мозга, старческому слабоумию и некоторым другим заболеваниям, при которых возможен диагноз на основании только макроскопического исследования и микроскопического изучения при отсутствии каких бы то ни было сведений о клинической картине. Заслуживает внимания, как указание на аномалию развития, сохранение в молекулярном слое нервных клеток Кахаля, типичных для известного периода эмбрионального развития, недоразвитие клеток коры полушарий и клеток Пуркинье. Что касается изменений собственно патологического характера, то наиболее существенное сводится к **склерозу клеток**. В острых случаях наблюдается разбухание клеток с явлениями отека, далее так называемые тяжелые изменения Ниссля, иногда полная гибель клетки, на месте которой остается кучка невронефогов. Очень большое значение имеет появление внутри клетки различного рода зернистостей, дающих неодинаковую реакцию при микроскопическом исследовании. Изменения нервных волокон в остром периоде менее значительны. При вполне выраженной болезни все больше выступает убыль нервных элементов, которая может быть очень интенсивна в исходных состояниях. Изменению нервной паренхимы соответствует реакция и со стороны глии, носящая главным образом характер репарационного глиоза, имеющего целью заполнить образовавшееся вследствие гибели нервных элементов свободное пространство. В острых случаях обычно наблюдается появление амебовидных клеток, биологическое назначение которых — спо-

способствовать рассасыванию продуктов патологического обмена; их можно встретить и при обострении процесса в случаях, принявших хроническое течение. Очень обычен также тот тип гиперплазии глии, который характеризуется образованием так называемых ортеговских клеток. Заслуживает внимания распределение наибольших изменений по отдельным слоям. В этом отношении указания различных авторов не вполне совпадают, но все же преимущественное участие некоторых слоев не подлежит сомнению. Альцгеймер указывал на II и III слои, с этим совпадают и наши данные; Иозефи — III и IV, Буман — по степени пораженности устанавливает такой порядок слоев — III, II, V, VI, IV, Бела Хехст и Мискольчи — III, V, VI, II, IV.

По своей интенсивности изменения могут быть очень значительны. В поверхностных слоях преобладает склероз клеток, в более глубоких — их разбухание и невронефагия. Очень часто дело кончается полной гибелью клеток. На выпадение клеток в виде островков обратил внимание еще Альцгеймер. Хехст, занимаясь подсчетом клеток, констатировал значительное их уменьшение. По Буману оно может дойти до половины. При этом нельзя думать, что в основе этого выпадения лежат какие-то сосудистые расстройства или что оно является последствием туберкулеза. Мискольчи находил его и в острых неосложненных случаях. Менее интенсивны изменения в мозжечке, где они сводятся к выпадению клеток, главным образом Пуркинье, и перерождению волокон. Большое внимание уделяется изменениям подкорковых узлов, чему содействовали и пользовавшиеся большим вниманием в недавнее время концепции Кюпперса, что именно здесь нужно искать процесс, лежащий в основе шизофрении. В работах Фюнфгельда и Иозефи можно найти некоторые указания на поражение этой зоны, но они не велики. Еще более второстепенным сравнительно с тем, что констатируется в коре, их считают авторы более новых работ по патологической анатомии шизофрении Бела Хехст и Мискольчи.

В общем никак нельзя согласиться с теми авторами, которые, как Штейнер в IX т. руководства Бумке, говорят, что патологической анатомии шизофрении не существует. Из приведенного описания видно, что с патологоанатомической стороны это заболевание характеризуется целым рядом изменений как со стороны внутренних органов, так и самого мозга. Правда, изменения эти не являются специфическими для шизофрении, так как могут встретиться и при других психозах, но все же можно говорить об определенном комплексе изменений, как о чем-то характерном для данного заболевания. Здесь, как и вообще в патологии, приходится считаться с тем фактом, что каждое изменение, взятое само по себе в отдельности, не имеет особого значения; оно приобретает его вместе с другими, когда является частью целого синдрома. Последний в свою очередь является вполне очерченным и дает право говорить об анатомических коррелятах шизофрении. С точки зрения существа патологоанатомические изменения распадаются на две группы: в первой объединяются признаки, говорящие о наличии особого соматического склада и аномалий развития; они характеризуют почву, на которой развивается шизофрения; вторая группа представлена структурными изменениями, — главным образом выпадением нервных клеток и волокон — и дает право говорить о шизофрении как процессе с ведущими изменениями в мозгу. Преимущественная локализация наиболее интенсивных изменений может быть причиной выступления на первый план тех или других явлений неврологического порядка. Еще Альцгеймер делал попытку сблизить склонность к слуховым галлюцинациям шизофреников с постоянными и значительными изменениями верхней височной извилины. Гейльброннер, следуя за Вернике, думал, что поражение речевой области Брока может привести к бедности речи, симулируя мутацизм кататоников. Особенно далеко идет в неврологическом истолковании клинической картины при шизофрении Мискольчи. Частые изменения нижнетеменной доли он сопоставляет с явлениями интерпарияльного синдрома, с анозогнозией, аутопатогнозией, метаморфопсией, чувством отчуждения отдельных органов и всего тела. Изменения мышления в смысле алогических расстройств Клейста по его мнению указывают на поражения лобных долей. Кататонический синдром давно уже связывают с поражением подкорковой зоны.

Не отрицая того, что преимущественное поражение известных отделов может наложить определенный отпечаток на всю клиническую картину

В смысле появления известных симптомов, нельзя однако трактовать шизофрению неврологически как заболевание определенных отделов мозга. Наблюдаемые при шизофрении неврологические симптомы являются только небольшой частью клинической картины. Они как бы вкраплены в сложную структуру, в своем существе определяемую другими признаками, указывающими на поражение мозга в целом. Общее снижение психической активности, ослабление напряжения интенциональной дуги — несомненно результат общего поражения мозга, хотя бы с учетом особенно большой роли лобных извилин. При оценке значения патологоанатомических изменений в генезе шизофрении нужно считаться с двумя основными фактами. Первый заключается в преимущественном поражении более поздних с точки зрения филогенетического развития систем, которые вообще являются более неустойчивыми по отношению к различным вредным факторам. Мысль о врожденной слабости меньшей устойчивости у Клейста привела к трактовке шизофрении как г е р е д о - д е г е н е р а ц и и — перерождения определенных систем вследствие их врожденной слабости. Здесь таким образом в специальной области используется теория преждевременного изнашивания Эдингера. В цитированной работе Мискольчи шизофрения также рассматривается как эндогенный биотрофический процесс новых в филогенетическом отношении систем — неэнцефалона. Преимущественное поражение неэнцефалона имеет несомненно значение, но мы оцениваем его, как будет видно дальше, не с точки зрения гередо-дегенерации. Второй факт, которому мы склонны придавать значение, это то, что болезненный процесс при шизофрении охватывает мозг тогда, когда его развитие и в частности обложение миелином волокон в коре не закончено. Это не только тормозит дальнейшее развитие мозга, но и толкает его по неправильному пути. Возраст наиболее частого начала шизофрении — это период формирования личности как определенной индивидуальности, выявляющей свои основные установки. Естественно, что поражение мозга и именно преимущественно неэнцефалона в этот период производит сдвиги в психологии, с одной стороны. ■ в смысле активирования в ней более старых архаических слоев, с другой — оно является причиной дальнейшего дисгармонического развития личности. Мозг, даже пораженный процессом, продолжает развиваться, но уродливо, соответственно чему появляются своеобразные картины, представляющие сочетание элементов интеллектуального деградирования, слабоумия, с качественными его изменениями — с паралогическим мышлением и поведением. Шизофрения, будучи определенным мозговым процессом, в то же время представляет и болезненное развитие личности. Некоторые авторы (Н. П. Бруханский) делают даже попытку выделить особую шизофрению развития, как нечто отличное от шизофрении как процесса. По нашему мнению процесс и развитие здесь не делимы ■ в своем существе представляют части единого целого.

Значение всех приведенных данных с точки зрения сущности болезни не может быть выяснено без учета генеалогии, так как не подлежит никакому сомнению, что наследственное отягощение здесь играет, как и при маниакально-депрессивном психозе, очень большую роль. Рюдиным, а потом Гофманом были установлены рецессивный принцип передачи наследственности и преимущественная передача по боковым линиям. Прямая наследственность имеет место сравнительно редко. Несколько чаще ее приходится констатировать в случаях заболевания шизофренией в детском возрасте. Люксембургер, изучая заболеваемость детей шизофренией в семьях, где один из родителей страдает этой болезнью, определяет в 8,7%, Опплер дает для детей 9,7%, для внуков — 1,3%. В потомстве шизофреников, равно как и вообще в их семьях, нередки также случаи эпилепсии, врожденного слабоумия и в особенности разного рода психопатий. На квалифицированную отягощенность шизофреников указывает также большой процент заболеваемости шизофренией у братьев и сестер шизофреников; разные авторы определяют ее приблизительно в 4,5%. Возможно,

и так думают некоторые авторы (М. Блейлер), что с генетической стороны шизофрения не представляет чего-либо единого и является сборной группой. С точки зрения исключительно генной структуры и ее наследственной передачи трудно однако объяснить самое заболевание шизофренией. Здесь в особенности нужно подчеркнуть, что шизоид это не есть что-то только в количественном отношении отличающееся от шизофрении. Скрещивание двух шизоидов между прочим почти никогда не дает шизофрении. Кан и Гофман в свое время говорили, что необходимо присоединение к шизоиду особого гена процесса и тогда получается шизофрения. Может быть и для данного случая приложимо общее положение Баура, что по наследству передается только врожденная слабость известных систем и вообще организации, для самого же заболевания необходимы экзогенные моменты. Одно время их упорно искали в наследственном сифилисе. Были попытки также связать генез шизофрении с туберкулезом. Какие-то корреляции между последним и шизофренией несомненно существуют. Это видно из факта, устанавливаемого генетиками о большой заболеваемости туберкулезом братьев и сестер шизофреников, гораздо большей, чем то наблюдается в населении. Возможно, что туберкулез подготавливает почву, как бы сенсibiliзирует, делает более чувствительными к заболеванию системы элементов, поражаемые при шизофрении. Вероятно однако, что не один туберкулез может играть такую роль. Вероятнее всего предположить все-таки, что специфической для шизофрении является врожденная слабость определенных отделов, заболевающих при неспецифических раздражителях разного рода. Во всяком случае шизофрения — это общее заболевание организма с резко выраженными расстройствами обмена и с аутоинтоксикацией, с преимущественной локализацией процесса в головном мозгу.

Прогноз и лечение

По отношению к заболеванию, которое рано или поздно оканчивается слабоумием, казалось бы вопросы предсказания и лечения не имеют большого значения, но в действительности это не так. Клиника и течение шизофрении настолько разнообразны, что сказать просто *prognosis pessima et therapia nulla* было бы недостаточно, и по отношению к многим случаям совершенно не соответствовало бы действительности. В самом деле прогноз очень варьирует в зависимости от формы болезни, возраста, наличия каких-либо добавочных этиологических моментов и многих других условий. Предсказание наиболее неблагоприятно при параноидной и простой шизофрении, но и здесь возможны ремиссии. Они очень часты при кататонической, реже — гебефренической форме. Предсказание значительно благоприятнее в случаях, протекающих отдельными приступами. Вообще чем ближе в том или другом случае картина отдельного приступа и течение к маниакально-депрессивному психозу, тем прогноз лучше. То же можно сказать относительно случаев с нетипичной и сложной наследственностью, а также при наличии пикнического сложения. В позднем возрасте труднее рассчитывать на восстановление изменений, вызванных болезнью, и прогноз естественно хуже. Чрезвычайно большое значение имеет вопрос о наличии экзогении. Чем меньше наслед-

ственное отягощение само по себе и чем больше налицо экзогенных моментов, тем более оснований рассчитывать на более или менее глубокую ремиссию.

Те же соображения нужно принять во внимание при обсуждении лечения. Как мы видели, клиническая картина первых периодов болезни зависит не от деструктивных изменений в нервной системе, а от отравления их, вызванного расстройством обмена и вообще моментами соматического порядка. Если принять во внимание также, что в очень многих случаях имеют значение экзогенные факторы, частью и такие, которые можно устранить во-время, как например отравление, перегрузка в работе, психическая травматизация, то предпринятое в самом начале лечение с удалением по возможности всех вредных моментов может сделать очень много. Если ремиссии, и очень глубокие, наступают нередко самопроизвольно, то своевременное вмешательство, в особенности в период, когда организм только еще заболевает, по меньшей мере повышает шансы на возможность глубокой ремиссии.

По вполне понятным основаниям причинного лечения шизофрении не имеется. Может претендовать на известную рациональность лечение вытяжками из закрытых желез, главным образом половых. Неоднократно делались пересадки половых желез, которыми можно было по каким-либо причинам воспользоваться от здоровых в психическом отношении субъектов; чаще для этой цели железы берутся от животных. Успех от такой терапии не особенно ободряющий отчасти потому, что железы обычно быстро рассасываются, иногда же, не приживаясь, дают нагноения, а главное — вследствие того, что если недостаток нормальной гормональности и играл роль в генезе расстройства, то введение половых желез в организм после того, как болезненные расстройства уже образовались и дали может быть определенные анатомические изменения, не может конечно дать восстановления нормальных отношений. Временное и симптоматическое улучшение от оперативного лечения в этом смысле, равно как и от вытяжек, возможно.

В состояниях, заключающих в себе элементы ступора, могут принести пользу препараты тиреоидина. Последний действует отчасти специфически в случаях с гипофункцией щитовидных желез, отчасти как тонизирующее средство. М. Я. Серейский рекомендует давать 3 раза в день по 20,0 подкоркового вещества мозга.

За последние годы настойчиво рекомендовалось лечить шизофреников по методу Клезе вливанием в венозную систему 3,0—5,0 снотворного, именно сомнифена. Предполагается, что продолжительный сон может подавить процессы возбуждения в нервной системе с галлюцинациями и продукцией бреда, так что после пробуждения реальные впечатления окружающего в состоянии в большой степени вызывать адекватную реакцию и произвести таким образом сдвиг в психике больного, дав возможность более полно проявиться здоровым элементам. Средство — не безразличное в смысле возможности парализующего влияния на сердце и осложнений на месте введения сомнифена.

При невозможности воздействовать на процесс, лежащий в основе шизофрении, по существу можно попытаться устранить те нарушения

в химико-биологических реакциях организма, которым приписывается известное влияние на общее течение нервно-психических процессов. В остром периоде, в особенности при явлениях заторможения, может принести пользу в д у в а н и е к и с л о р о д а в количестве 200—300 см³ в подкожную клетчатку ежедневно или 3—4 раза в неделю; вдвухание делается с помощью маленького аппарата, в который кислород предварительно напускается из балона. Операция безопасная, но несколько болезненная. Поскольку такое введение кислорода может повысить окислительные процессы, метод может быть рекомендован; успех его у шизофреников все же менее значителен, чем при лечении наркоманов в периоде абстиненции и депрессивных больных. Средняя продолжительность лечения около месяца. В таком же смысле показаны в н у т р и в е н н ы е в л и в а н и я к а л ь ц и я, именно внутривенные, так как введение раствора кальция под кожу вызывает некротические явления; применяется 10% раствор в количестве 10 см³ ежедневно в течение 5—6 недель. Такие вливания могут считаться целесообразными только при наличии ясно выраженной ваготонии.

Для активирования растительных процессов, могущих дать благоприятный сдвиг в развитии психоза, известное улучшение приходится иногда наблюдать от п р о т е и н о в о й т е р а п и и в виде подкожного введения молока (5 см³ 3—4 раза в неделю в течение месяца), 2—3% раствора нуклеиновокислого натрия (5 см³ под кожу 3—4 раза в неделю в течение такого же срока) или каких-либо других белковых препаратов.

Было рекомендовано также п р и в и в а т ь м а л я р и ю, исходя из тех же соображений активирования защитных сил организма, какими руководствуются при лечении прогрессивного паралича. Показания здесь однако более шатки, и успех сомнителен.

Делаются также попытки с ы в о р о т ч о г о л е ч е н и я, исходящего из различных принципов. Несомненную пользу может принести подкожное введение н о р м а л ь н о й л о ш а д и н о й с ы в о р о т к и (5—10 см³ ежедневно или через день, 25—30 впрыскиваний на курс). Такая сыворотка может принести пользу как один из видов протеиновой терапии, но можно думать об ином ее действии — обезвреживании ядовитых веществ в крови.

В прежнее время применялось л е ч е н и е с ы в о р о т к о й от других больных шизофренией, находящихся в состоянии ремиссии. Теперь чаще применяется а у т о с е р о т е р а п и я, введение сыворотки из крови, взятой у самого больного. Берется 2—3 см³ сыворотки. В психиатрической клинике II ММИ применяется а у т о л и к в о р т е р а п и я — введение под кожу 5—10 см³ спинномозговой жидкости от самого пациента.

Для разрежения ядовитых веществ в крови и выведения их из организма могут принести пользу п о д к о ж н ы е в л и в а н и я с о л е в о г о р а с т в о р а в количестве 200—300 см³ 3—4 раза в неделю. Больше всего успеха можно ожидать от такого лечения при состояниях спутанности с отказом от пищи.

Все перечисленные способы лечения не могут претендовать на возможность устранения причин, но вместе с предоставлением больному покойной обстановки и хорошего питания несомненно могут повысить процент ремиссий.

П с и х о т е р а п и я в данном случае может быть понимаема главным образом в смысле создания наиболее подходящего режима

с устранением всех вредных моментов и легких суггестивных воздействий. Гипноз и психоанализ не применимы, так как могут принести определенный вред, способствуя развитию бреда отношения и влияния.

Пребывание в больнице, как бы оно ни гарантировало возможность более полного лечения, не является однако такой универсальной мерой, которая приложима ко всем случаям и во всем течении болезни. Даже по отношению к острым периодам оно должно быть ограничено самым необходимым временем. Как мы видели, шизофреник даже в остром периоде болезни постоянно колеблется между включением в свой воображаемый мир и окружающей реальностью. Погружение в глубокие слои психики с грезоподобными переживаниями (гипнозика Кречмера) связано с биологическими изменениями в организме и до известной степени физиогенно. Затихание острых явлений знаменует уменьшение интенсивности болезненных переживаний и в этом периоде как раз можно ожидать, что включение в реальный мир окажется возможным в большей степени, чем это было прежде, и здесь в особенности может иметь значение применение активной трудовой терапии. Только за последние годы психиатры ясно осознали важность своевременного активного вмешательства, хотя и раньше обращали внимание на то, что больные от долгого пребывания в больнице с ничегонеделанием дают картину быстрого психического распада («больничное слабоумие»), и указывали на необходимость возможно ранней выписки. До недавнего времени трудовая терапия понималась в смысле занятия внимания больного чем-либо, но не работой как таковой. Теперь акцент ставится на том, чтобы больные были заняты трудом и чтобы этот труд и в глазах самого пациента представлялся полезным и социально ценным. Не всегда легко втянуть шизофреника в трудовую терапию, но на этом пути в смысле лечения можно сделать очень много. После выписки больные должны быть под врачебным наблюдением и в случае надобности охвачены амбулаторным лечением. Таким путем удастся продолжить и углубить результаты лечения и вовремя заметить ухудшение, требующее интернирования. Помня важность труда, не следует спешить с переводом больного на инвалидность. В случаях ремиссий, и даже глубоких, не следует разрешать интенсивной интеллектуальной работы, например продолжения учебных занятий в вузе, а лучше переводить на физический труд.

С точки зрения профилактической прежде всего нужно иметь в виду большую роль при заболевании шизофренией наследственного отягощения. Может иметь успех борьба с неполноценными зачатиями как по линии санитарного просвещения, так и в смысле стационарирования или по крайней мере взятия на учет всех шизофреников вместе с другими душевнобольными. Следует бороться с предрассудком, по которому душевная болезнь у молодых людей является результатом полового воздержания, почему и существует у некультурных родителей тенденция лечить таких больных браками. Но если бы путем каких-нибудь даже радикальных мер удалось лишить всех шизофреников возможности иметь детей (по существу это конечно невозможно), то и это очень мало привело бы к цели, так как пред-

расположение к шизофрении передается не родителями, которые обычно остаются здоровы, а от дядей, теток, вообще по боковым линиям. Следует стремиться все же к ограничению числа детей в семьях, где имеется много шизофреников и вообще душевнобольных. Равным образом если вообще возникает вопрос о перерыве беременности, то наличие наследственного отягощения в семье является лишней причиной для его положительного решения. Вообще нужно иметь в виду, что приток здоровой струи из неотягощенных семей очень понижает опасность для потомства и особенно опасными нужно считать браки, где шизофреники имеются с обеих сторон. Если же этого нет, то количество шизофреников в последующих поколениях имеет тенденцию сходиться на-нет. Нужно иметь в виду, что для возникновения шизофрении имеют значение не только наличие генов, передающихся по закономерностям Менделя, но и мутации, причина которых видимо во влиянии экзогенных моментов на плазму. В семье, где вообще имеется отягощение шизофренией, болезненные мутации легче могут возникнуть при неблагоприятных воздействиях на зародышевую плазму. При наличии врожденного предрасположения, как мы видим, могут иметь значение такие внешние моменты, как и н ф е к ц и и, и н т о к с и к а ц и и, п е р е у т о м л е н и е, п с и х и ч е с к а я т р а в м а,—схематически говоря, они переводят латентную форму в явную. Профилактика шизофрении таким образом совпадает в значительной мере с нервно-психической профилактикой вообще. В смысле индивидуальной профилактики имеют значение прежде всего медико-воспитательные меры по отношению к детям из семей с большим наследственным отягощением. Такие дети бывают нередко физически слабы, иногда развиваются очень рано, обнаруживают неплохие способности, иногда дают талантливость, обычно одностороннюю. Иногда в таких семьях приходится встречать настоящих вундеркиндов, но это преждевременное развитие есть выражение не силы, а слабости. Для таких детей, которых к тому же обычно усиленно развивают и пичкают разными знаниями, существует большая опасность болезненного срыва, сказывающегося в последующем заболевании шизофренией. Такие дети должны быть объектом забот в смысле физического укрепления и освобождения от излишнего напряжения в учебные годы и в переходный возраст, который для них является особенно опасным. Аналогичное отношение должно быть к лицам, перенесшим более или менее благополучно шизофренический приступ.

Шизофреники как правонарушители

Как видно из характеристики психологии шизофреников, корреляции у них с преступностью должны быть особенно велики. Здесь прежде всего приходится считаться с особенностями социальных установок шизофреников, проистекающих из их эгоцентризма, эмоционального притупления, полного безразличия к интересам окружающих, жестокости, склонности к импульсивности и бредовых идей преследования, толкающих на различные агрессивные действия. Естественно, что из всех случаев вполне выраженного душевного заболевания, при котором совершаются те или другие правонарушения, на первом месте по частоте нужно поставить именно шизофрению. Характер преступлений, совершаемых больными этого рода, не всегда одинаков; он при этом варьирует в значительной мере в зависимости

и от стадии болезни. При вполне выраженной картине психоза наиболее частым правонарушением являются убийство и различного рода насилия. На преступление в данном случае толкают прежде всего бредовые идеи; нападения делаются на воображаемых врагов с целью мести или защиты. В силу замкнутости шизофреников и тенденции скрывать свои внутренние переживания и ничем не выдавать имеющихся у них бредовых идей нападения на окружающих часто бывают совершенно неожиданны и потому представляют большую опасность. Ближайшими механизмами совершения преступлений в других случаях являются императивные галлюцинации или внезапно возникшие импульсы, благодаря которым жертвами нападений могут оказаться совершенно случайные, первые попавшиеся на пути люди. Чаще всего все-таки от агрессивности шизофреников приходится страдать их близким родственникам, вообще окружающим или сослуживцам. Сравнительно нередко жертвами шизофреников делаются врачи, с которыми связывается бред их пациентов-шизофреников. Чаще всего это имеет место с врачами-психиатрами, но нередко это бывают врачи других специальностей. Опасность естественно более велика, если речь идет о первом периоде болезни, когда ее проявления не так бросаются в глаза, в особенности если внимание лечащего врача, например венеролога или уролога, сконцентрировано на том, что относится только к его специальности. Нужно иметь в виду, что на почве различных неприятных ощущений, имеющих прямое отношение к существу болезни, у шизофреников легко могут возникнуть не только гипохондрические представления, но и прямо гипохондрический бред. Бывают случаи, когда шизофреник добивается у врачей специфического лечения, не страдая сифилисом. Естественно, что, не получая освобождения от своих болезненных явлений в силу самого существа болезни, шизофреник может прийти к выводу, что дело в нежелании врача помочь ему или даже в наличии злого умысла. Особый тип убийства, свойственный шизофреникам, можно наблюдать в том случае, когда больной, стремясь к самоубийству, вместе с тем убивает и своих близких. Стремление к самоубийству у шизофреников вообще довольно велико, особенно на начальных стадиях и остром периоде болезни. В некоторых случаях в самоубийстве шизофреник видит единственное средство избавить себя от мучений, от грозящей гибели, от преследований воображаемых врагов. При этом, не видя для себя никакого выхода, он стремится убить и своих близких, чтобы избавиться и их от страданий. Иногда при этом дело ограничивается только убийством других, для совершения же самоубийства не хватает решимости.

Те особенности психики шизофреников, которые связаны с их архаистическими тенденциями, заставляют некоторых из них особенно упорно держаться старых взглядов, иногда в подчеркнутой форме, и относиться резко отрицательно к новым воззрениям, разным реформам и новым, более совершенным формам жизни. При известных условиях такой шизофреник может оказать сопротивление властям или по крайней мере выступить с резким порицанием их действий, может проявить религиозное изуверство, антисемитизм и т. п.

Преступления, совершенные в препсихотическом состоянии, носят отчасти тот же характер, т. е. представляют тот или другой вид насилия над личностью, иногда это кражи, мошенничество, растраты не принадлежащих больным ценностей. Преступления этого периода не представляют чего-либо новым. Преступления этого периода не представляют чего-либо отличного от того, что наблюдается у шизоидных психопатов. Ринденкнехт предложил особое название — «криминальные гебоиды» для тех шизоидных психопатов, у которых стремление совершать различные правонарушения особенно велико. Следует отметить, что по некоторым работам можно думать о больших корреляциях с преступностью субъектов астенического сложения, чем у пикников. Наиболее обычные преступления шизофреников с явными признаками слабоумия — это бродяжничество, нищенство, проституция, отчасти воровство.

Заключения эксперта по отношению к преступлению, совершенному в состоянии вполне выраженной болезни, не представляют затруднений; оно не может быть вменено в вину, и в зависимости от степени его социальной опасности принимаются те или другие меры судебно-медицинского характера. Такой же подход должен быть, если в личности уже наступило несомненное болезненное изменение, хотя и нет вполне выраженной болезни. Конечно наибольшая трудность здесь заключается в точном установлении,

что эти изменения являются действительно началом болезни, а не проявлением шизоидной психопатии. По отношению к последней, как и к другим случаям психопатий, приходится исходить из анализа всех особенностей случая. Сама по себе психопатия не является чем-то исключаящим вменение, но могут быть в отдельных случаях под влиянием каких-либо особых условий такие сдвиги в психическом функционировании, что состояние правонарушителя приравнивается к психозу.

21. ЭПИЛЕПСИЯ

Общепринятым названием эпилепсия (греческое ἐπιλαμβάνω — внезапно падать, неожиданно быть охваченным) подчеркиваются характерные особенности проявления болезни. Как особая болезнь эпилепсия выделяется уже Гиппократом, который описывает периодически повторяющиеся припадки судорог.

Сохранились упоминания о лунной болезни (*morbus lunaticus*) египтян. Арабам были известны способы лечения судорожной болезни, наступающей людей в новолуние. Римляне прерывали заседания своих комитий, если с кем-либо из присутствующих случался припадок падучей (*m. comitialis*, *m. caducus* Пления), разбираемые дела тогда снова пересматривались.

Разные названия — священная болезнь, *morbus sacer* (Цельз), черная немочь, трясучка, порча — в разные времена оттеняли ту или иную сторону сложной картины болезни. Заболевания падучей болезнью отмечаются и среди животных. Так, лошади, свиньи, собаки нередко страдают эпилептическими припадками и могли бы служить объектами для экспериментального изучения «священной» болезни древних.

Типичный припадок эпилепсии протекает с правильностью заведенной граммофонной пластинки. Он начинается внезапно, лишь течение коротких мгновений некоторые больные ощущают те или другие влияния, возвещающие приступ. Иногда это как бы легкое дуновение (аура) на лице, вспышки красного света, ощущение увеличения предметов, удлинения собственных рук или ног, галлюцинаторное восприятие свиста, барабанного боя, своеобразного запаха, ощущение сосания подложечкой, онемения языка, надвигания чего-то огромного, страх или экстаз, иное восприятие времени. Герой «Бесов» Достоевского говорит, что за кратчайшие мгновения перед припадком он готов отдать всю жизнь. «Идиот» князь Мышкин ощущал ауру как миг вневременного бытия, когда становится понятным вещное слово о том, что «времени больше не будет», когда разом он ощущает «напряжение всех жизненных сил». Интересно, что нередко все мельчайшие детали ауры переживаются больным неизменно те же, повторяясь с каждым приступом. И несмотря на то, что больной знает, что означает аура, он не успевает ни сесть ни лечь, а падает на землю нередко с пронзительным криком или мычанием. Лицо покрывается смертельной бледностью, и сознание оставляет больного. Рот и лицо искривляются, голова поворачивается в сторону, все тело больного вытягивается тонической судорогой. Появляется на губах пена, часто окрашенная кровью из закусенного языка или щек. Глаза закатываются, зрачки расширяются и не реагируют на свет. Дыхание сначала задерживается, потом становится хриплым и затрудненным. Вскоре бледность лица сменяется сине-багровой окраской («черная немочь»), пульс слабеет. Этот период тонических судорог длится несколько секунд — полминуты. Затем напряжение разрешается, и по телу сначала в отдельных

мышечных группах, а затем в туловище и конечностях начинают пробегать клонические судороги. Вскоре имп охватываются все мышцы тела, выступает пот, происходит непроизвольное мочеиспускание. На внешние раздражения не получается никакого ответа, корнеальные рефлексy отсутствуют, коленные рефлексy угасают. Температура обычно повышается. Период ритмических движений сгибания и разгибания (клонический) длится минуты 3—4, сменяясь общим ослаблением и иногда рядом бессознательных движений и бессвязным бормотанием. Редко весь эпилептический припадок длится более 5 минут.

В тяжелых случаях припадки быстро следуют один за другим (*status epilepticus*), доводя больного до полного изнеможения и нередко до гибели.

По затихании последних клонических подергиваний наступает *сонливость*. Часто больные, если их не трогать, спят несколько часов, по пробуждении ощущают разбитость и головную боль. Воспоминания о припадке не остаются. Дети и те эпилептики-взрослые, у которых приступы падучей случаются ночью, во время сна, часто совершенно не знают о своей болезни.

Большой и яркий припадок падучей не всегда целиком разыгрывается в моторике больного. Судорожный припадок — это несомненно главный признак, по которому ставится диагноз эпилепсии. Его нужно видеть, чтобы запомнить на всю жизнь. Но есть и другие, менее бурные проявления болезни, зато и более интимные, окрашенные своеобразным эпилептическим колоритом. Таковы приступы *малой эпилепсии* — *petit mal*, короткие затемнения сознания — *absence*, особые головокружения — *vertige*, обмороки, рудиментарные припадки судорог — *seussess*, фуги — кратковременные расстройства сознания со стремлением блуждать, расстройства настроений — более или менее кратковременные состояния тоскливости, смешанной с беспричинным раздражением, — *Verstimmung*. Несмотря на свою кратковременность abortивные эпилептические припадки (кризы) глубоко возмущают поток сознания и субъективно воспринимаются как потеря способности дифференцировать свою личность, тело и окружающее.

В малом припадке — *petit mal* — выпадают резкие двигательные компоненты. Больной во время разговора или какой-либо работы внезапно бледнеет, глаза его неподвижно смотрят вперед, иногда в мышцах лица или конечностей бьются короткие судороги, сознание теряется на несколько секунд, но он не падает. Очнувшись, больной продолжает свое дело и благодаря амнезии не помнит о случившемся или поражается ощущениями чего-то совсем нового во всем окружающем. При этом не бывает ни начального вскрикивания, ни падения, ни прикусывания языка, ни мочеиспускания. Известны случаи, когда больные повторяют какое-нибудь слово, фразу, делают стереотипные жесты во время *petit mal*. У несомненных эпилептиков иногда после ауры не наступает припадка, а лишь короткое обморочное состояние, сопровождающееся выступанием пота и сном. В других случаях бывает только кратковременное ощущение головокружения — *vertige*. Мгновенное забытие, настигающее больного и тотчас же его покидающее, носит характерное французское название *absence*: как будто на

миг подвижная кулиса падает вокруг человека, отгораживая его от всех впечатлений живого мира. Есть предание, что Магомет в своих болезненных переживаниях был вознесен до седьмого неба ■ течение того короткого мгновения, которое нужно для того, чтобы поднять упавший кувшин и не дать воде вылиться из него.

У маленьких детей в течение долгого срока могут проявляться лишь малые приступы падучей — *absence*, пока вдруг не появится типичного припадка с судорогами.

Одна форма рудиментарных судорог выделяется под именем *secousses*, периодически наступающих клонических подергиваний в какой-либо определенной для каждого больного части тела. Разновидность таких судорог, пластически создающая впечатление быстрого кивания головой и сгибания вперед всего корпуса, как бы в виде приветствия, издавна, от арабов, ведет название судорожного селяма, судорожного приветствия (*epilepsia nutans*). Сознание и способность держаться на ногах при этом вполне не теряются, но интересно, что подобного рода экстрапирамидальные дистонии встречаются у эпилептиков. Характерное стремление к бегу (*пропульсия*), наблюдающееся у перенесших энцефалит, имеет свою аналогию в прокурсивной эпилепсии (*epilepsia procursiva*). Смутные переживания эпилептического сдвига, мало дифференцированные ощущения ищут для себя моторного выражения, отреагирования. И вот больной внезапно куда-то бежит с тем, чтобы также внезапно остановиться или упасть в судорогах, для которых убежание служило предваряющей аурой. Стремление к движению остается в иных случаях и после приступа падучей, завершаясь беспорядочными взрывами возбуждения. Если дело идет о продолжительных блужданиях больных (амбулаторный автоматизм, транс), о совершении ими далеких путешествий, хождениях во сне, сложных актах, описаниями которых полна старая психиатрическая литература, то здесь надо иметь в виду возможность истерических компонентов, идущих под знаком сужения сознания, типобулии. Лично нами неоднократно наблюдались такие явления у эпилептиков.

Однажды мы имели случай встретить в трамвае у вокзала Моск.-Бел. ж. д. в Москве своего больного, типичного эпилептика, который ехал из психиатрической клиники II ММИ (т. е. повидимому сделав несколько пересадок) домой. Он был бледен, с вялой мимикой, в запачканной одежде, в руке у него был билет на 1½ станции. Разговорившись с больным, нам пришлось убедиться, что он дезориентирован, не знает, что он едет в другом направлении и не помнит, что было после того, как он вышел из лечебницы, около 1½ часа назад. Сойдя у вокзала, больной окончательно пришел в себя.

В некоторых случаях весь припадок выражается в том, что у больного на короткое время появляются зрительные и слуховые галлюцинации, иногда ощущение со стороны тела того характера, который они имеют в качестве ауры, предшествующей настоящему судорожному припадку, здесь же этой судорожной фазы не наступает, и дело ограничивается психосенсорными явлениями — п с и х о с е н с о р н а я э п и л е п с и я.

Равнозначным разрядом наряду с припадками могут быть в течение эпилепсии и так называемые эквиваленты, под которыми первоначально разумели (Гофман) периодические расстройства сознания у эпилептиков, не связанные во времени с припадками. К эквивалентам в таком понимании следовало бы отнести *absence* и *vertige*, но из практических соображений стали (Оппенгейм) называть эквивалентами только состояния кратковременного психического расстройства, заменяющего судорожный припадок и как бы построенного из явлений

послеприпадочного характера. Могут быть и в и с ц е р а л ь н ы е эквиваленты — приступы грудной жабы, спазмы голосовой щели у детей, астматические явления, свист в ушах и временная глухота. Обыкновенно заменяющие припадок психические картины очень сходны между собой у одного и того же больного, с годами они усиливаются, и больные становятся нередко опасными для окружающих. Появляется галлюцинаторная спутанность с буйством, стремлением убивать, рвать и терзать. Самые жестокие преступления совершаются больными в таком состоянии, во время которых удары и повреждения наносятся с необычайной силой. Эквивалентные сумеречные состояния бывают различной продолжительности и глубины. В более глубоких случаях страдает интеллектуальное функционирование, проглядывает бессвязность, спутанность, больной подыскивает слова для обозначения простых предметов, иногда, идя по улице, заходит в незнакомое место, не узнает дороги. Сумеречное состояние развивается очень быстро. Одна из наиболее встречающихся форм — галлюцинаторная. Преобладают иллюзии и галлюцинации зрения и пожалуй общего чувства. Красный свет, огонь, кровь, ад обычно фигурируют в таких сноподобных галлюцинаторных переживаниях. Иногда переживания принимают устрашающий характер, больных охватывает ужас, заставляющий их пускаться в ход все средства защиты и нападения. Мистические переживания, видения рая, ощущение блаженства, легкости, полета также свойственны эпилептическому сумеречному состоянию. Интересны изменения в переживаниях собственного тела, потеря различения между правым и левым, неумение ответить на вопросы, обычно предлагаемые маленьким детям: «Где твой нос, рука?» Нередки у эпилептиков в феномены видения или ощущения двойника, быть может стоящие в связи с расстройствами оптической и тактильной схем тела. Обычные сочетания отдельных комплексов схемы тела несомненно резко нарушаются дистониями abortивного или полного эпилептического припадка, центры мышечного и висцерального тонуса претерпевают периодические сдвиги. Соответственно с новой мелодией движений создается и новое представление о времени, исчезает мера времени, вечность кажется мигом. С нарушением схемы тела возникает иное восприятие себя и объекта, характеризующееся блаженным слиянием субъекта и объекта. Быть может и мышление в легких случаях сумеречных состояний под давлением низших центров производит автоматически новые сочетания схем и фигур мыслительного процесса. Наряду с сексуальными взрывами в сумеречных состояниях переживается смерть, гибель и новое рождение, «потрясение разом всех жизненных сил», шок вегетативного «я», или, выражаясь языком Вернике, мутация сомато-психической сферы. Слуховые галлюцинации довольно ярки: голоса, пение, угрозы, писк и завывание страшных чудовищ, готовых уничтожить больного, запах серы, огонь, разливающийся в комнате; кажется, что стены надвинулись, так пробегает по телу.

Поведение эпилептиков во время сумеречного состояния причиняет много беспокойств в больнице и особенно опасно в обычной бытовой обстановке: больные чем попало защищаются от постороннего воздействия, баррикадируют двери, размахивают стульями, выскакивают в окно; бывают попытки самоубийства.

Экстатические переживания, наоборот, скорее характеризуются застыванием, малоподвижностью; внешне они могут походить на эпилептический ступор. По большей части ступорозные явления наступают после припадка, но бывают и без него. Больные растеряны, дезориентированы, сознание неясное, на вопросы или не отвечают, или дают ответы невпопад, не могут назвать обыденных предметов и своего имени. Словесный материал ответа крайне скуден, спутан, так что может возникнуть мысль об органических поражениях речевых центров. Мимика и движения напоминают кататоников, появляется склонность к восковой гибкости, наблюдается персеверация. В то же время чувствуется, что больные напряжены, полны боязливым страхом, внутренним раздражением, которое вот-вот готово прорваться наружу.

Нам вспоминается одна больная, которая после нескольких приступов падучей впала в состояние ступора, говорила с врачом, как маленькая дочь со своим отцом, большей частью двумя-тремя короткими фразами, мочилась и испражнялась на полу у окна, исполняла какие-то сложные движения не то игры не то вышивания, на болевые раздражения ничего не отвечала. Один раз, поглядев в окно (дело было ранней весной), внезапно сказала: «Хорошо нынче будет на пасхе, сухо». Через три дня больная пришла в свое обычное состояние, о бывшем с ней не помнила.

Вообще расстройства памяти не идут параллельно с расстройствами сознания. Те же больные, обнаружившие хорошую способность запоминания (восприимчивость), впоследствии в известном состоянии обнаруживают по отношению к нему амнезию, состояние же спутанности отчасти сохраняется памятью. Обычно амнезия наступает не тотчас после сумеречного состояния, а несколько часов спустя. Сохранившиеся светлые места из прежних сумерек кажутся какими-то чужими, будто не своими переживаниями. Иногда наблюдается забывание не только всего периода сумеречного состояния, но и некоторого времени перед ним.

Многие в основу классификации психических изменений при эпилепсии кладут ту или иную связь во времени с припадком. Разделяют до- и послеэпилептическое помешательство и так называемые затяжные психозы. Предприпадочные психозы отличаются своей кратковременностью, протекая по типу эквивалентов — сумеречные состояния, фуги, возбуждения, меланхолические состояния, разного рода автоматизмы, в конце концов разрешающиеся припадком судорог, после чего больной приходит в состояние обычного равновесия. Послеприпадочные психозы протекают более длительно; они начинаются непосредственно после клонических судорог, сонливости или спустя несколько часов и даже дней после приступа. Картина их пестра и складывается из галлюцинаторных переживаний, маниакального возбуждения, экстатических состояний, тяжелых импульсивных вспышек, иногда депрессии и даже паранойяльных интерпретаций.

Отличительными чертами эпилептических психозов являются: расстройства памяти, по большей части лоскутного характера, тяжелая агрессивность, состояния невыносимого ужаса, преходящие речевые расстройства, религиозная окраска бреда, глубокие изменения сознания. Все эти черты отличаются периодичностью и быстротой возникновения; в отношении деталей развертывания их можно сравнить с кинематографической лентой, автоматически повторяющей с каждым сеансом те же жесты своих персонажей.

Встречаются иногда вслед за эпилептическим припадком особые состояния оживления, шаловливости, ребяческого дурачества с прыжками, с приставаниями к соседям, — такое состояние носило у прежних авторов название «мориа».

Перед началом приступа некоторыми больными еще задолго, за несколько часов или даже дней, ощущается нерасположение к работе, раздражительность, капризность, беспокойный сон, тоскливость, потеря аппетита, головные боли, парестезии, желание выпить вина, беспокойный страх, предчувствия. Больные не знают, что делать с собой, куда деваться, бесцельно бродят по улицам (см. описание этих предприпадочных блужданий в романах Достоевского).

Часто возвращающиеся психозы с бредовыми сумеречными состояниями, галлюцинациями и возбуждением, протекающие на фоне эпилепсии, можно считать затяжными формами. Судорожный припадок то обрывает то, наоборот, вносит обострение в развитие психоза.

Таким образом симптомы психической картины эпилепсии разнообразны. Исход страдания тоже может оказаться неодинаковым; в одних случаях это медленно нарастающее слабоумие, в других — долгое время личность больного не обнаруживает никаких признаков дементности. Так, история говорит нам о страдавших якобы эпилепсией великих людях: Цезаре, Наполеоне, Петре Великом и многих других. Часто бывает трудно, руководствуясь симптоматологией, предсказать дальнейшее развитие болезни. Однако повидимому сила и частота припадков влияют особенно губительно. Срок развития дементных форм весьма различен: иногда это 10-летие, иногда 1—2 года. Эпилептическое слабоумие, если не знать из анамнеза о припадках, не всегда легко дифференцировать от других процессов, ведущих к психическому распаду. Больные падучей постепенно теряют интерес к окружающему, не могут ориентироваться в новых жизненных комбинациях, теряют инициативу. В то же время их тело, болезнь и лечение становятся центром внимания. Больные остаются доступными, чувствительными к тому, как к ним относятся. Так, Груле приводит слова одного эпилептика: «Вы не думайте, что мои способности или, скажем, граница моего разума или рассудочные мои функции пострадали таким образом, что я не помню, как вы, когда меня увидели 26 ноября 1901 г. в половине четвертого днем на улице Гете в первый раз, обошли тогда со мной, если позволите так выразиться, достаточно неблагоприятно и оскорбительно на меня посмотрели».

Память эпилептика одинаково удерживает главное и мелочи. Он долго помнит и мстительно сохраняет в себе воспоминание о полученной обиде. Он помнит детали происшедшего, но нередко самый смысл событий уже недоступен ему. Во время визитаций больные бесконечно долго и обстоятельно говорят с врачом о незначительных событиях, так как окончательно теряют способность выражаться кратко. Стереотипно возвращаясь к тем же оборотам речи и словам, уснащая речь разными вводными предложениями, витиеватыми ухищрениями и уменьшительными словечками, дементные эпилептики в заключение отводят врача в сторону, сообщая ему таинственным образом какой-нибудь пустячок из больничной жизни, уже давным-давно всем известный и позабытый. Эпилептик до педантичности любит порядок и чистоту, любит вещи, призывает к ним, аккуратен в костюме, любит ходить в церковь, украшает свою речь именами бога, святых и выражениями из библии. В больницах для хроников, инвалидов домах эпилептики, особенно женщины, собирают разные ненужные вещицы,

тщательно укладывают их в какой-нибудь узелок и не расстаются с ним, пряча на ночь под подушку (рис. 53). Нередко они очень трудолюбивы, причем много времени отдают одной какой-нибудь несложной работе; им свойственны кропотливость и тщательная отделка деталей. Один больной сделал картину из мелких кусочков листьев с разных деревьев (рис. 54).

Такой же характер носят и их рисунки: они тщательны, аккуратны, все детали выполнены с необычайным старанием (рис. 55). Изучая рисунки аномальных детей, всегда можно выделить произведения эпилептиков. Иногда обращает на себя внимание и сюжет; нередко фигурируют гробы, кресты, нечистая сила, но в особенности характерны аккуратность и педантичность работы, отделки мельчайших деталей и тщательность раскраски (рис. 56).



Рис. 53. Эпилептичка со своим узелком, который постоянно держит при себе.

Понимание действительного положения дела у больных все более страдает, но они не отдают себе отчета в происшедших изменениях, не падают духом, а, наоборот, их эгоизм и самолюбие расцветают все пышнее, они требуют к себе всеобщего уважения, и если им противоречат, становятся безудержны и импульсивны. Усидчивость и кропотливость долго не оставляют больных. Припоминается одна старуха-больная, потерявшая руку, получившая тяжелые ожоги тела во время припадков, убогая, но до конца дней своих не оставлявшая неизменного чулка и вышивания. Другая больная, своенравная, могущая жить лишь одна в комнате психиатрической колонии, вышивала удивительные занавески и полотенца, вязала редкие по изяществу и рисунку кружева. У дементных эпилептиков встречаются различные сексуальные извращения и дефекты, склонность к самобичеванию и аскетизму, ко всякого рода эксцессам. Замт отмечает особым термином склонность эпилептиков к возвеличиванию своего «я» и своего рода (Familienlobreden), Легран дю-Соль называет эпилептиков сухими эгоистами. В конечных стадиях эпилептического оскудения разговор с больными крайне затруднителен, речь их становится стереотипной, односложной, крайне бедной запасом слов, и они должны жестикующей дополнять недостающее. Бывают у больных наряду с выпадениями памяти и псевдореминисценции,

Что творят листья?

1. Все для нас: как бы тяжело катится,



не сумеешь не бзише.

и 2. „Сидехни“

Рис. 54. Фотография с большой картины, сделанной из листьев деревьев.

нередки двигательные парамнезии. Ассоциативный процесс больных ограничивается небольшим количеством связей, преобладают эгоцентрические мотивы, по большей части внешнего характера. Равным образом и мистикорелигиозные переживания, глубокие в первые годы болезни, теперь становятся лишь оболочкой, формальными привычками (Gottesnomenklatur).

Слабоумие наступает у страдающих как большой, так и малой эпилепсией. У многих эпилептиков, несущих ежедневную практическую работу (инженеры, врачи), при редких припадках до конца жизни может не отмечаться резких признаков слабоумия. Эти люди продолжают работать без существенных недочетов. Аффекты, как и мышление эпилептиков, вязки, липучи: раз возникнув, они трудно поддаются отвлечению. Один из старых авторов сравнил таких больных со жвачными, пережевывающими уже проглоченную пищу. Миньковская объединяет разные ступени эпилептической дегенерации общим свойством именно этой вязкости, неуклюжести, неповоротливости психики (ср. наблюдения проф. Аствацатурова над больными энцефалитом).

Слабоумные эпилептики плохо узнают предметы и их обычное употребление, плохо идентифицируют (Вернике, Бернштейн). В периоды более ясные выступает другое расстройство — амнестически-афазическое, которое А. Н. Бернштейн назвал о л и г о ф а з и е й: больные узнают показываемый предмет, но не могут подыскать ему названия, пытаются описательными выражениями, жестами объяснить его назначение. Нередко они многократно повторяют случайно сказанное слово и досадуют, что оно не соответствует смыслу. Если врач наконец называет предмет, больные с облегчением повторяют найденное слово. В письмах больных очень много повторений, напоминающих поклоны каждому члену семьи и каждому знакомому в отдаленности в письмах старой деревни. Темп речи у эпилептиков медленный, монотонный, иногда напоминающий ласковый и сладкий речитатив, часто переходящий в приторность. Настроение больных отличается немотивиро-



56. Тщательность отделки рисунка эпилептика.

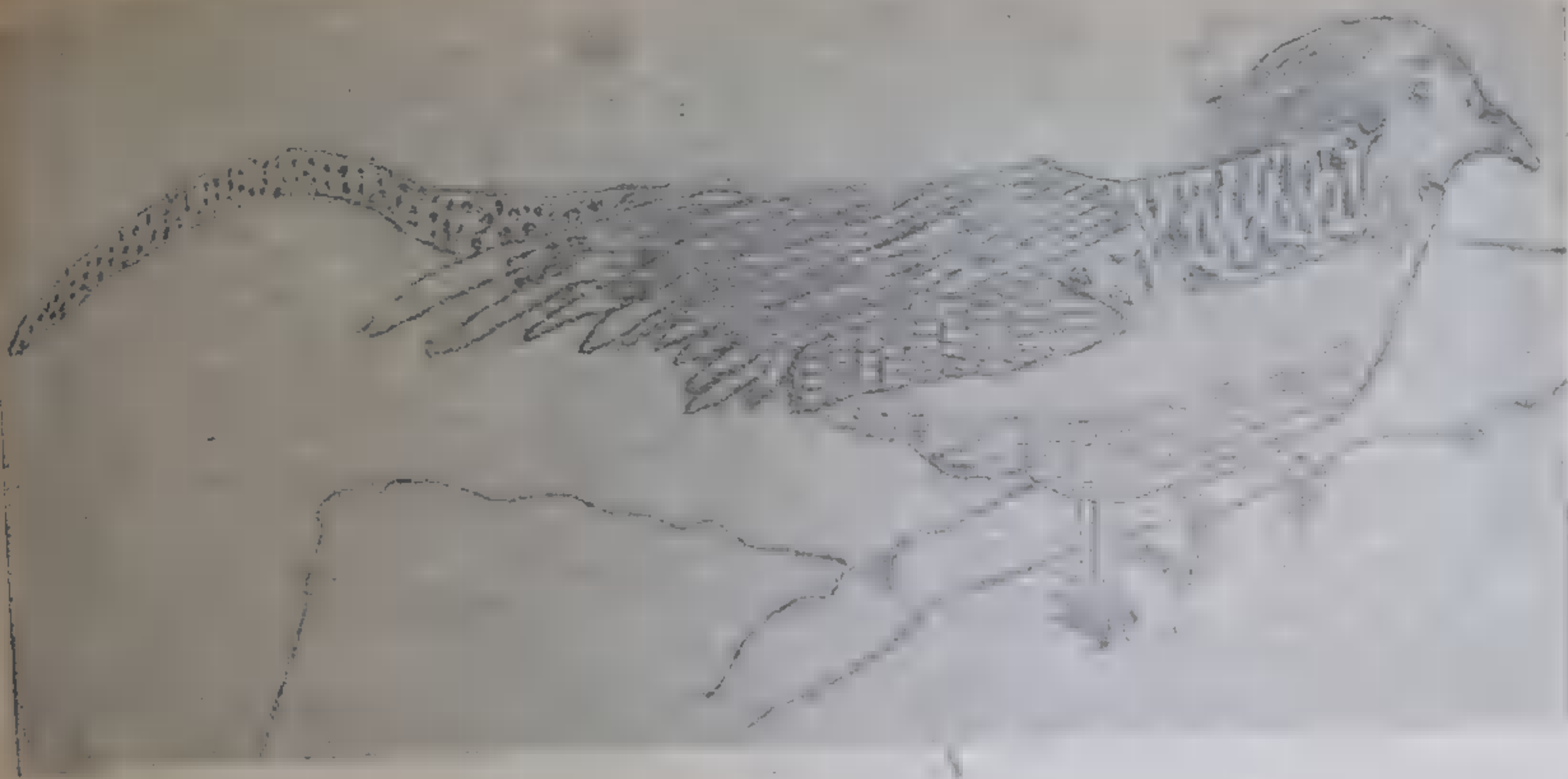


Рис. 55. Тщательность отделки рисунка эпилептика.

ванными колебаниями: внезапно возникают ■ стойко держатся в течение нескольких часов и дней раздражительность, тоскливость, склонность к импульсивным действиям, потом все также быстро сглаживается, напоминая течение эквивалентов.

С развитием болезни мы видим скорее количественные, чем качественные изменения. Конечно различие внутренних и внешних конституций, присоединение других болезненных черт, часто наследственного характера, придают в отдельных случаях индивидуальный характер как течению, так и феноменологии. Неподробные образцы описаний эпилептиков завещаны нам Ф. М. Достоевским. Достаточно перебрать в памяти генеалогию, развитие, поведение, мышление и внешность одного Смердякова, чтобы перед глазами встал, как живой, образ одержимого падучей.

Этиологию эпилепсии до сего времени нельзя считать вполне выясненной. Есть много оснований предполагать ее конституциональную обусловленность. Эпилептик вырастает на больном генеалогическом дереве, на «древе смерти», так выражается русский исследователь эпилепсии проф. Ковалевский. Дальнейшие работы показали, что эпилепсия как таковая передается редко и что наследственное отягощение выражается в самых разнообразных нервно-психических расстройствах. Так, общее отягощение дает до 70%, а чисто эпилептическое — 30% и даже меньше, до 8% (Крепелин). Предрасположение к падучей болезни выражается в особой возбудимости мозга (как коры, так и нижележащих отделов) к внутренним и внешним воздействиям, легко провоцирующим судорожный разряд. Эта врожденная диспозиция, о которой говорил еще Тиссо, и служит основным фоном для пестрых эпизодов болезни. Исследования Рюдина и Гофмана позволяют думать, что передача эпилептического предрасположения имеет место как рецессивный признак. В новых работах генеалогического характера об этом говорится менее определенно. Эпилептоидные психопаты, больные падучей без наступающей деменции, врожденные и рано развившиеся формы эпилептического слабоумия, левши, страдающие расстройствами речи — встречаются чаще



Рис. 57. Соматические типы и выражение лица epileптиков.

в epileптических семьях, нежели среди родственников других психических больных.

При оценке исследований патологической наследственности у epileптиков необходимо иметь в виду, что у разных авторов по-разному трактуется epileпсия как определенная единица; отсюда возможны и известные разногласия. Быть может, как думает Бумке, алкоголь способен провоцировать новую мутацию в виде epileптической диспозиции зародыша, которая рецессивно наследуется в последующих поколениях. Более вероятно однако, что алкоголизм родителей может дать epileпсию у детей только при наличии соответствующих генов в восходящих поколениях.

В индивидуальной жизни Пьер Мари ставит на первом месте травму при рождении: могут иметь значение ушибы беременной матери, асфиксия новорожденного, щипцы при родах, головная водянка, энцефалиты, гленирование за собой резидуальную epileпсию. В дальнейшей жизни алкогольные злоупотребления, особенно абсентом, сифилитические и артериосклеротические изменения мозга служат стимулом к развитию падучей.

Неизвестно, в какой степени важны отдельные внутренние и внешние факторы epileптической конституции: нужно ли поставить на первый план мозг или существуют корреляции с теми или иными системами и органами тела, с железами внутренней секреции, обменом веществ и т. д.

Со стороны наследственности более всего приходится думать о «церебральной диспозиции», об особенностях физико-химической динамики организма, о диатезе. Из экзогенных провоцирующих моментов виднее всего роль травмы, интоксикации, инфекции.

О климатических влияниях как причине, усиливающей или вызывающей припадки, упоминается еще у древних. Гиппократ называл epileпсию весенней болезнью. Современные наблюдения называют март и апрель наиболее неблагоприятными для epileптиков. Нередко приходится слышать, что припадки наблюдаются преимущественно во время новолуния («На молодика»).

Соматический тип epileптика распределяется между диспластическим (27%), атлетическим (36%) и лептозомным (12%), иногда с чертами инфантилизма, плюригландулярной недостаточности. Epileптика часто можно заподозрить по внешности, манере держаться и говорить, по движениям.



Рис. 57. Соматические типы и выражение лица эпилептиков.

В РИЗКОТТИКАМ И СЛАНД ИТ. ПОМОЩЬ СВОЕЙ НАБЛЮДАЮЩИХ ДРУГИХ ПСИХИ-



Рис. 57. Соматические типы и выражение лица эпилептиков.

В РИЗКОПТИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ МОЖНО СРАЗУ ВОСПРЕИМУЩИХ ДРУГИХ ПСИХИ-

Особенно ясно выступают характерные черты лица и всего внешнего вида эпилептика, когда слабоумие уже достаточно выражено. Необычайно отчетливые впечатления получаются от тупого и малоподвижного лица больных этого рода, если они собраны в одну группу (рис. 57).

Проф. Чиж указывал на особый блеск глаз у страдающих падучей, это действительно так, но часто туберкулез, легкие формы базедовизма, простой блефарит, каряя окраска радужки могут имитировать эпилептический свинцовый блеск. Часто кожа на лице эпилептиков покрыта угрями. Следы припадков остаются нередко в виде рубцов на голове, лице и прикусов языка. Слух больных часто бывает понижен, нередки расстройства со стороны внутреннего уха, поле зрения ограничено, вкусовые ощущения ослаблены. Брюшные рефлексы после припадков неясно выражены, признак Бабинского получается гомо- или контралатерально. В интерпароксизмальном периоде наблюдаются феномен Гордона, гипотония, сегментарные расстройства чувствительности (Мускенс). Микроскопическая формула, химизм, физические свойства и распределение крови подвержены у эпилептиков известным колебаниям. То же можно сказать о свойствах мочи, спинномозговой жидкости, ее барьере, об основном обмене. Концентрация водородных ионов в жидкостях тела и известное соотношение между степенью щелочности крови и желудочного сока отмечены многими авторами. Абдергальденовская проба кровяной сыворотки эпилептиков со щитовидной железой чаще выпадает положительной. Отмечается также гипогликемия крови перед припадком. Из-за вину и наркозу больные невыносимы, дают стереотипную реакцию. Кроме соматического *habitus* некоторые авторы принимают группировки эпилептических признаков соответственно предполагаемой локализации болезни в центральной нервной системе. Так, имеются фронтальные, парietальные, центральные, субкортикальные (стриарные, туберальные) симптомокомплексы падучей.

Мужчины повидимому чаще страдают падучей. Максимальное число заболеваний обнаруживается в юношеском возрасте — 14—20 лет, причем в некоторых случаях припадки начинаются еще с раннего детства, потом затихают и вновь вспыхивают с началом занятий в школе или несколько позже, в переходном возрасте. Менструальный период, беременность, климактерий как будто предрасполагают к припадкам. Первый припадок, в особенности в детском возрасте, иногда бывает вызван какой-либо внешней причиной (испуг, ушиб, псжар) или какими-нибудь соматическими заболеваниями (понижение температуры, неполадки со стороны желудочно-кишечного канала и пр.); типичным однако для эпилепсии нужно считать появление припадков без всякого внешнего толчка.

Принято считать в разных странах около 1 больного падучей на тысячу здорового населения.

В психиатрических колониях и больницах эпилептики составляют приблизительно одну десятую.

Р а с п о з н а в а н и е э п и л е п с и и при внимательном исследовании и критическом сопоставлении всех данных анамнеза и настоящего состояния не представляет обычно больших затруднений. Военным и судебным врачам конечно приходится быть настороже и не жалеть лишнего времени для собирания достаточного количества материала, обосновывающего их заключение. Симмуляция падучей даже специально тренированными лицами представляет много затруднений. Имитируя отдельные симптомы, весьма трудно создать впечатление целого симптомокомплекса. Иногда случается, что больные не заявляют врачу о своих припадках, жалуются лишь на неприятное самочувствие, расстройство настроений, головные боли и своеобразные, точно не формулируемые изменения сознания. На предлагаемые наводящие вопросы эпилептик дает расплывчатые ответы, размышляет и тем вводит в сомнение врача. Ночные припадки, короткие *absence* не сразу замечаются больным. Нужно расспросить родственников больного, особенно мать, если речь идет о ребенке.



Рис. 58. Ожоги у эпилептики, полученные во время припадка.

эпилептика. Тем не менее тщательное физическое и психическое исследования помогут найти отличительные черты. Иногда распознаванию болезни могут способствовать рубцы от прикусов языка и ожогов кожи, которые иногда наблюдаются у эпилептиков, если припадок случился в какой-нибудь особой обстановке (рис. 58). Если приходится видеть самый припадок, то это несомненно убедительнейшее из всех доказательств. Если годами через известные промежутки продолжают типичные приступы, то по всей вероятности налицо эпилепсия.

Чаще всего приходится разграничивать эпилептический припадок от истерического. При истерии нередко отмечается волнение, огорчение перед припадком; у эпилептиков начало бывает неожиданное. Истеричные падают постепенно, обычно днем, эпилептики валятся где и куда попало, внезапно, иногда с нечленораздельными криками; у них частые припадки во время сна. Лицо эпилептика во время припадка резко отличается от обычного состояния своей крайней бледностью, а потом синевой. Движения и судороги

Детская спазмофилия в разнообразных ее проявлениях может дать повод для смешения с падучей. Здесь необходимо обратить внимание на сопровождающие признаки: ларингоспазм, тетанические проявления, признаки Труссо, Хвостека и наконец повышение электрической возбудимости.

Тщательный анамнез часто помогает диагностике. Лучше спрашивать об одном припадке, предлагая точно, до деталей, дать его описание: где и как случилась с больным потеря сознания, что предшествовало приступу, что делал больной, о чем говорил, не кричал ли во время припадка, сколько времени длились судороги, что было после и т. д. Необходимо трезво оценивать рассказы больного и его родных. Прикусы языка и следы ушибов не всегда найдутся даже у старого

истеричных носят печать известной экспрессивности, захватывают больше комплексы, в них больше пластики, судороги падучей элементарны, стереотипны. Истеричные обычно не мочатся и не прикусывают щек и языка. Тяжких ушибов и ран, обычных у эпилептиков, не бывает у истеричных, разве только «на зло» себе и другим. Длится приступ истерии гораздо дольше падучей, иногда часы. Такая длительность может равняться лишь со status epilepticus. При истерии признак Бабинского отрицателен, зрачки большей частью реагируют на свет, хотя возбуждение больных может затруднять исследование и даже сделать его невозможным. Сознание истеричных сужено, воспоминание о припадке смутно, эпилепсия вызывает потерю сознания и сопровождается амнезией.

Никогда не следует спешить с диагнозом эпилепсии у детей, у которых сравнительно легко возникают судорожные припадки под влиянием самых различных моментов: инфекция или случайное повышение температуры, наличие глист в кишечнике, расстройства обмена, в особенности спазмофилия. В силу большой возбудимости детского мозга различные экзогенные моменты легко дают судорожные явления, а последние вследствие недостаточного обложения нервных волокон миелином обыкновенно генерализуются и дают общий припадок. Поэтому, встречаясь с судорожным припадком у детей, всегда нужно исключить возможность, что он вызван рефлекторно каким-либо местным раздражением или зависит от общего состояния, характеризующегося моментами, повышающими склонность к судорогам. При этом нужно иметь в виду, что спазмофиллические припадки чаще всего наблюдаются у детей при искусственном вскармливании; они чаще бывают в осеннее и зимнее время и вместе с вырастанием ребенка и с улучшением его общего состояния исчезают. При этом обычно наблюдаются повышенная мышечная возбудимость и другие признаки спазмофилии.

Существуют основания выделять согласно предложениям М. Фридмана и Гейльброннера особый тип припадков у детей в качестве пикнолепсии¹. Это — кратковременные, очень приближающиеся к petit mal припадки, почти никогда не сопровождающиеся прикусыванием языка, но очень частые (до 50 в день) у детей, чаще всего в возрасте от 4 до 7 лет. Общее состояние и самочувствие остаются несмотря на частые припадки хорошими; как и спазмофиллические припадки, пикнолептические не дают ослабления интеллекта и характеризуются доброкачественным течением. Нужно однако иметь в виду, что на фоне общих изменений организма, проявляющихся как спазмофилия или пикнолепсия, впоследствии может развиваться настоящая падучая болезнь.

В качестве сопутствующих явлений приступы судорог могут быть при различных заболеваниях, связанных с отравлением организма. При шизофрении, артериосклерозе, туберозном склерозе, опухолях мозга, сифилитических поражениях центральной нервной системы, у алкоголиков и лиц, перенесших энцефалит, встречаются судорожные припадки, весьма похожие на эпилептические. В особенности нужно иметь в виду, что эпидемический энцефалит у детей может дебю-

¹ Πικνός — частый.

тированы судорожными припадками, которые легко принять за начало настоящей эпилепсии, причем истинный характер болезни выясняется только с дальнейшим течением.

С припадками падучей имеют некоторые общие черты приступы меньеровской болезни и мигрени. Легко могут ввести в заблуждение эпилептиформные приступы прогрессивных паралитиков, поэтому никогда не надо забывать о необходимости тщательного неврологического исследования. В начале белой горячки бывают также эпилептиформные судороги, но общий тремор, грубый юмор пьяниц или просто запах винного перегара помогают исключить падучую. Необходимо знать также, какой вид имеют припадки так называемого травматического невроза, специфической истерической реакции на ту или иную травму (война, плен, близость смерти, тюремное заключение). Если больной в истерических судорогах бьется на полу и выкрикивает отдельные слова команды, то эта «командная эпилепсия» мало имеет общего с настоящей.

Сопровождаемые расстройством настроения аффективные взрывы у так называемых аффект-эпилептиков еще ближе стоят к эпилептическому кругу, но пока не могут быть в него включены.

Эпилептика в состоянии возбуждения можно принять за маниакального больного, но эпилептика не отвлечь от предмета его ярости, от одной цели, напротив, внимание маниака можно легко отвлечь в сторону.

Аффекты эпилептика естественны и психологически понятны, в то время как нелепость шизофреника недоступна нашему вчувствованию. Эпилептические речевые неологизмы и стиль берутся из обыденной речи и всегда адекватны обычному смыслу. Продукции шизофреника носят совершенно «заумный» характер. Эгоцентрическая направленность эпилептиков иногда может быть истолкована как паранойяльный синдром; здесь нужно, как и всегда, сообразоваться с анамнезом и течением болезни.

Особенно затруднительны в диагностическом отношении смешанные формы падучей болезни с другими заболеваниями. Здесь могут помочь в оценке больного структурная диагностика и клиническая оценка тех или иных форм патогенетических и патопластических компонентов.

Чаще всего могут вызывать сомнения конечно отдельные проявления эпилепсии на фоне других болезней. Так, головокружения бывают у разного рода невротиков, при мозговых заболеваниях, при артериосклерозе, при поражениях внутреннего уха, при малокровии, желудочно-кишечных расстройствах и т. п.

Трудность диагностики эпилепсии в интерпароксизмальном периоде, а также необходимость быстрого и доказательного установления болезни в судебной и военной практике вызвали к жизни некоторые приемы, провоцирующие появление припадков. Так, если больному давать ежедневно граммов по 6 брома в течение 2—3 недель, а затем, сразу оборвав бром, назначить соленую пищу, то такая пертурбация нередко вызывает припадок. Глубокие вдыхания в течение нескольких минут (г и п е р в е н т и л я ц и я) несомненно повышают готовность к судорожной реакции.

Сильное (на несколько секунд) прижатие к позвоночнику сонных артерий вызывает обморочное состояние, в некоторых случаях пере-

ходяще
ности (
за с па
родов),
с согла

Сво
в эфир
коголь

Пр
Иногда
или ра
либо п
ся при
удлин
блюда
счастн
во вре

Сл
знакам
боуми
затих
береме
воздей
осторо
Если
пацие
бенно
имуще
тически

Эп
различ
путем
можно
картин
шой ро
в свое
роны,
ствует
себя в
родств
лептик
(рис. 5
ной эп
исследо
мы мо
клонно
а о р т
время
частое
diploe.
нередк
м о з г
и в дру

ходящее в судорожный приступ. Эти приемы, известные уже в древности (см. в историях культуры о дыхании игогов, о состояниях экстаза с падением на землю после сдавления шеи у примитивных народов), могут быть применимы в психиатрической практике конечно с согласия больного.

Своеобразную реакцию всей эпилептической личности мы видим в эфирном наркозе (этеризация) и в обыденной жизни в состоянии алкогольного опьянения.

Протекает падучая разнообразно, даже в нелеченных случаях. Иногда припадки наступают ежедневно, еженедельно, раз в месяц или раз в несколько лет. Одни больные выздоравливают (5—15%) либо после долгого лечения либо самостоятельно; у других достигается при помощи систематического лечения ослабление припадков и удлинение промежутков между ними; нередко в таких случаях наблюдается слабоумие; третьи погибают в status epilepticus или от несчастного случая при внезапном падении в воду, огонь, под машину во время работы.

Случаи ранней падучей, особенно связанные с органическими признаками, дают неблагоприятное предсказание в смысле развития слабоумия. Как уже указывалось, в течении болезни могут быть периоды затихания, особенно во время возмужалости, наступления регул, беременности, но нередко те же моменты оказывают отрицательное воздействие. Печальный прогноз эпилепсии заставляет врача быть осторожным и не торопиться сообщать больному название его болезни. Если же необходимость вынуждает врача быть откровенным со своим пациентом или его родственниками, то всегда нужно выяснить особенности течения болезни и ее разнообразные исходы, указав по преимуществу на возможность благоприятного течения в случае систематического лечения и режима.

Патологоанатомические изменения

Эпилепсия—пока еще сборная группа, охватывающая случаи с самым различным генезом. В таком смысле высказывается Груле. Однако путем исключения из нее случаев с несомненным экзогенным генезом можно установить группы, характеризующиеся и своей клинической картиной с очень своеобразными психическими особенностями и большой ролью эндогении и типичным соматическим складом. Сам Кречмер в своей книге отказался от попытки обрисовать эпилептиков с этой стороны, но все же есть очень много оснований думать, что такой тип существует: иначе нечем объяснить, почему у многих эпилептиков обращает на себя внимание сходство со стороны habitus, не объясняемое только известной родственностью в психике. Крепелин обращает внимание на то, что для эпилептика типично широкое лицо с толстыми губами и приплюснутым носом (рис. 58). Вообще можно говорить о генуинной, эссенциальной или врожденной эпилепсии. Для такого обособления имеются и данные анатомического исследования. На основании литературных данных и своих исследований мы могли бы отметить частые изменения со стороны сердца и наклонность к раннему артериосклерозу; атероматоз аорты в общем отмечается приблизительно в 60%, а в случаях смерти во время припадка—обычно острое расширение сердца. Со стороны черепа частое явление—утолщение костей с исчезновением нередкое явление—мелкие кровоизлияния под мягкую мозговую оболочку. Такие же мелкие кровоизлияния можно встретить и в других отделах мозга, а также в серозных оболочках внутренних органов

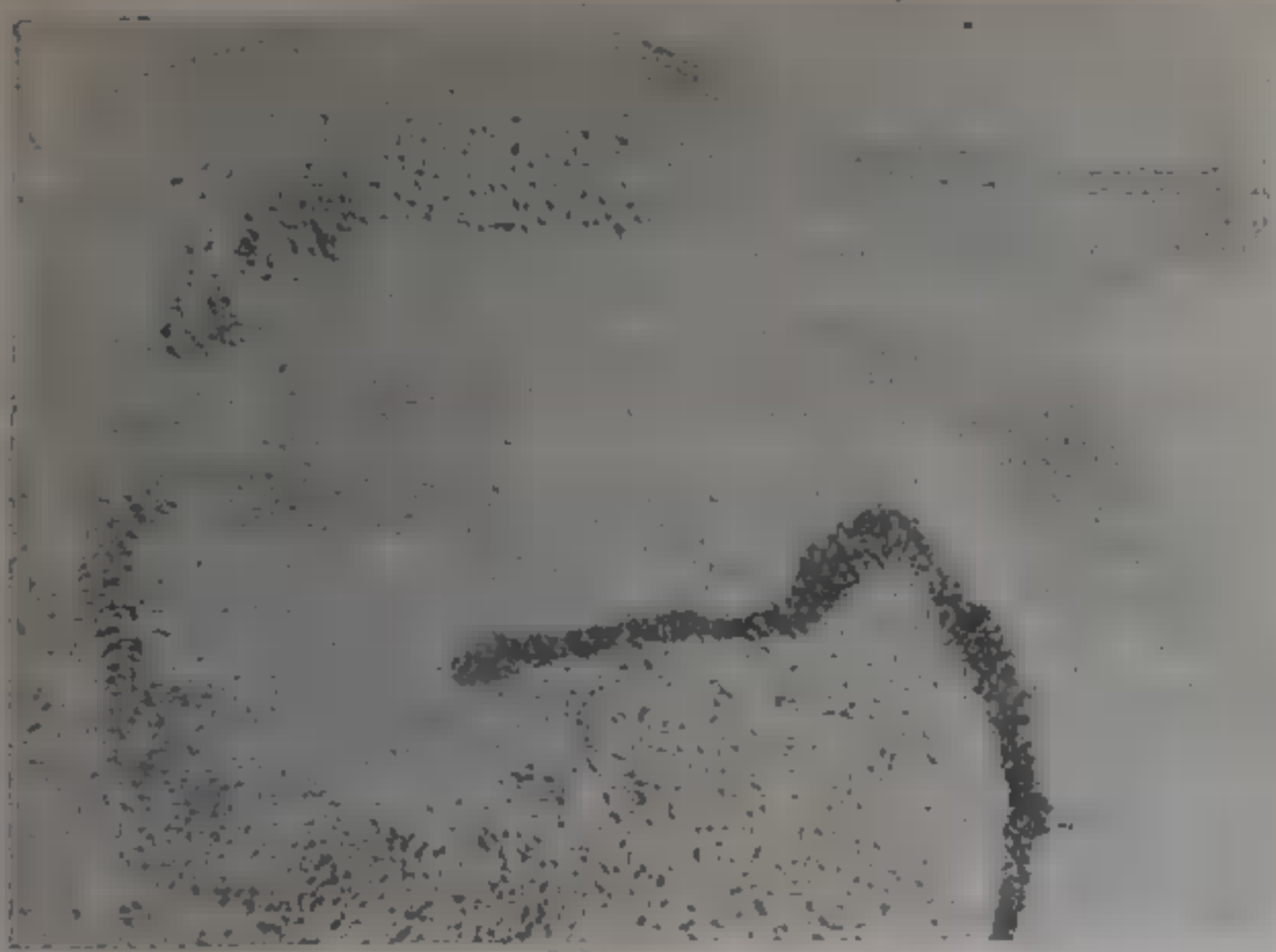


Рис. 59. Выпадение нервных клеток в соммеровском секторе аммонова рога.

найти утончение серого вещества и расширение боковых желудочков. В случаях, быстро закончившихся смертью, обычно констатируется отек, а также набухание мозга.

Что касается микроскопических изменений, то прежде всего следует отметить ряд особенностей, указывающих на отклонение от нормального развития: эмбриональный вид нервных клеток, недоразвитие больших пирамид, гетеротопическое смещение нервных клеток в белое вещество или в молекулярный слой коры. Изменения нервных клеток на нислевских препаратах не представляют ничего специфического, в далеко зашедших случаях—уменьшение количества нервных клеток во всех слоях. Во всех изменениях принимают большое участие нервные элементы аммонова рога.

Большой интерес представляют изменения со стороны невроглии. Увеличение количества клеток сателлитов, увеличение количества ядер глии и митотические фигуры в них понятны, как реакция довольно обычная и в других случаях. Амебовидные клетки, на которые обратил внимание при эпилепсии Альцгеймер, имеют более важное значение: они захватывают продукты распада, образующиеся при деструктивных процессах в нервных элементах. Естественно, что они встречаются главным образом в тех случаях, где смерти предшествовали тяжелые припадки или психическое возбуждение. Гораздо более характерным для эпилепсии является разрастание глии во всех отделах полушарий; оно представляет постоянное явление независимо от характера прижизненных явлений. При этом помимо разрастания ядер глии особенно наблюдаются гиперплазия волокнистой глии и увеличение количества астроцитов. Разрастание краевой глии в особенности представляет характерную картину: сравнительно с нормой краевой слой резко утолщен, иногда вдвое или втрое, причем это утолщение не идет равномерно, а местами образует особые узлы, вдающиеся на большом протяжении в подлежащие слои тангенциальных волокон и в наружный зернистый слой; местами глия вдается наружу, врастает в мягкую мозговую оболочку, что и является причиной нередко наблюдавшегося сращения мягкой мозговой оболочки с корой.

Наиболее характерным для склерозированного аммонова рога (рис. 59) при микроскопическом исследовании является разрастание глии, преимущественно волокнистой, и астроцитов. В этой картине нельзя все-таки видеть ничего специфического для эпилепсии. Подобно утолщению периферического глиозного слоя и склероз аммонова рога есть проявление общего глиозного процесса; с другой стороны, он, как оказалось, представляет не особенно редкое изменение и при органических психозах, например при прогрессивном параличе помешанных.

Все изложенное дает право заключить, что с анатомической стороны имеются все основания выделять такую форму эпилепсии, которая характеризуется особой способностью глиозной ткани долго сохранять свои эмбриональные свойства, в том числе склонность давать распространенные раз-

и без предшествовавших смерти судорожных явлений; более крупные кровоизлияния в оболочках редки. Иногда может встретиться своеобразное изменение со стороны собственно паутинной мозговой оболочки—отложение в ней мелких пластинок остеонной ткани.

Больше данных имеется относительно состояния нервной системы и прежде всего мозга.

Из макроскопических изменений со стороны мозга прежде всего следует указать на так называемый склероз, сморщивание аммонова рога; нередко он выражен на одной стороне. В случаях большой давности помимо мутности мягкой мозговой оболочки иногда можно

растан
мозга
опреде
вестну
привес
ствует
циальн
ции с
в пред
дифузи
мозга,
глиоз,
щения

Суп

Ба

исход
во ми
выясн
тельн
чайн
торы
выше
уже
ма р
и что
лева
эпил
с и м
явля
говор
все с
повр
орга

Г
относ
падк
спос
падо
в рез
прип
гран
толь
а пу
как
боле
тера
чени

эпил
эпил
то
леп
фор

растания. Этой церебральной диспозиции, особенностям в формировании мозга и в потенциальных свойствах составляющих его тканей соответствует определенный склад химико-биологических процессов, определяющих известную степень динамического напряжения нервных элементов, могущих привести при известных условиях к судорожной реакции. Эта форма соответствует тому, что принято связывать с понятием «генуинная», или «эссенциальная, эпилепсия». Пока не установлены более определенные корреляции с измененным химизмом и внутренней секрецией, эту форму, оставаясь в пределах анатомических понятий, можно было бы охарактеризовать как диффузный прогрессирующий глиоз в отличие от органических заболеваний мозга, сопровождающихся судорожными припадками, где также обычен глиоз, но более ограниченный и не выходящий за пределы простого замещения убыли в нервной ткани,—глиоз репарационный.

Сущность эпилепсии. Генез отдельных явлений. Отграничение

Благодаря исследованиям последнего времени, в особенности исходившим из эксперимента и данных генеалогического изучения, во многих основных пунктах проблема эпилепсии должна считаться выясненной с достаточной полнотой. В первый, в общем очень длительный, период изучения болезни понятие эпилепсии было чрезвычайно широким, так как этим именем объединялись все случаи, в которых налицо был один кардинальный признак—характеризующийся вышеописанными особенностями судорожный припадок. Но давно уже установлено, что судорожные припадки—только особая форма реакции нервной системы на самые различные раздражения и что они поэтому могут наблюдаться при самых различных заболеваниях. Естественное, что из громадной и расплывчатой группы эпилепсии прежде всего были выделены случаи так называемой **симптоматической эпилепсии**, в которых припадок является симптомом какого-то иного заболевания и потому дает право говорить лишь о внешнем сходстве с эпилепсией. Сюда нужно отнести все случаи, где судорожные припадки стоят в связи с травматическими повреждениями, рубцовыми изменениями, опухолями и другими органическими повреждениями, интоксикациями и инфекциями.

По линии отделения от генуинной эпилепсии случаев, которые к ней не относятся, идет концепция Бонгеффера **реактивной эпилепсии**. Припадки судорог, иногда просто потеря сознания здесь развиваются у людей; способных глубоко чувствовать и привыкших себя сдерживать; самый припадок появляется в результате ангиоспастического состояния, развившегося в результате хронического раздражения и напряжения. Бумке такие же припадки называет **функциональной эпилепсией**. Но отграничение понятия «эпилепсия» и более точное его установление шли не только путем отбрасывания всего того, что к ней по существу не относится, а путем выяснения всех признаков, которые характеризуют эпилепсию как заболевание *sui generis*. Стали обращать внимание на свойственные этой болезни психические особенности и в частности своеобразные черты характера, которым в общей картине болезни стали придавать даже большее значение, чем самому припадку.

По мнению Гауппа, Ашаффенбурга, Ремера и других психика эпилептиков может быть чрезвычайно характерна, и диагноз эпилепсии возможен даже при полном отсутствии каких бы то ни было двигательных расстройств. В частности собственно эпилептические психозы иногда могут иметь настолько характерную форму, что мысль именно об эпилепсии невольно приходит в голову,

даже если нет точных сведений о наличии судорожных припадков. Теоретически нельзя отрицать даже возможность чисто психических форм эпилепсии.

Криш справедливо утверждает, что доказать верность такого толкования при отсутствии судорожных компонентов невозможно, тем более что в некоторых случаях интоксикационные и инфекционные психозы могут принимать чрезвычайно близкую к эпилепсии форму. Во всяком случае психические особенности в характеристике клинической картины эпилепсии играют очень большую роль. Нужно обращать внимание не только на отдельные, хотя бы и очень важные признаки, например на своеобразное изменение настроения, большую возбудимость и другие черты характера, но, как говорит Крепелин, на всю психическую личность в целом. В связи с этим можно говорить как о чем-то до известной степени специфическом для эпилепсии о **п о л и м о р ф и з м е к л и н и ч е с к о й к а р т и н ы**. Выражением его являются разнообразие и множественность симптомов, из которых в каждом отдельном случае могут выступить не все, а только некоторые. Полиморфизм свойственен не только психическим компонентам, но и самим припадкам. Типично в данном случае, что дело не ограничивается только судорожными припадками как таковыми. Кроме них всегда налицо малые припадки или ночные страхи или ночное недержание мочи, иногда лунатизм, приступы головных болей или обмороки. Можно сказать, что для эпилепсии характерны не припадки сами по себе, а повторение в форме припадков одних и тех же явлений, которые по своей внешней форме могут быть очень различны. Эта особенность эпилепсии была причиной того, что к ней стали относить различные болезненные состояния только потому, что и им свойственен признак появления их в виде приступов. Это повело к расширению рамок эпилепсии в смысле отнесения к ней таких клинических картин, как дипсомания, нарколепсия, афект-эпилепсия, эпизодические сумеречные состояния в смысле Клейста и некоторые другие, в том числе даже некоторые формы мигрени.

Тщательное клиническое изучение и в особенности генеалогическое исследование показали известное родство перечисленных состояний, но в то же время известную их самостоятельность. Это все не выражения одной и той же болезни, как бы эквиваленты эпилепсии, а самостоятельные конституциональные единицы, каждая из которых имеет свой особый тип наследственной передачи. С этой точки зрения от эпилепсии как бы отделяется ряд патологических радикалов; они однако, как говорит Клейст, образуют вместе с ней как таковой один общий эпилептический наследственный круг заболеваний, вырастая как бы из общего корня.

Генеалогические исследования помогли выяснить взаимные отношения отдельных картин, относящихся к этому кругу, и обособить его от других заболеваний и таким образом подойти к более точному пониманию того, что можно назвать эпилепсией, в собственном смысле—**э с е н ц и а л ь н о й**, или **г е н у и н н о й**, **э п и л е п с и е й**. И здесь приходится применять тот же метод исключения, который помог отграничить эпилепсию от других заболеваний, сопровождающихся судорожными припадками, на основании данных клинического анализа. Прежде всего следует высказать сомнение в принадлежности к эпилептическому кругу заболеваний мигрени, хотя она и вырастает, как можно думать, на одном общем с эпилепсией генеалогическом древе. Головные боли среди родственников эпилептиков чаще, чем в других случаях, но они не имеют прямого отношения к эпилепсии. Мигрень имеет свой собственный, отличный от последней порядок наследования, причем он неодинаков во всех случаях, так что приходится говорить с генеалогической стороны о двух или может быть даже больше различных формах мигрени. К эпилепсии видимо более близки ангиоспастические формы. То же самое следует сказать о **д и п с о м а н и и**. После Гауппа, впервые выдвигнувшего вопрос о принадлежности ее к эпилепсии, было много исследований, в результате которых можно сказать, что ее никоим образом нельзя считать просто симптомом эпилепсии; это собственно не болезнь, а особое патологическое состояние, которое обыкновенно наступает у лиц с психопатическим предрасположением и алкогольным наследственным отягощением. По Доббингу и Экономо в одной трети случаев оно развивается на фоне эпилепсии.

лептическ
нетически
трети он
клиники
лептичес
можно го
ство иде
периодич
психозом
к эпиле
и с цирк
ному пр
на р к о
преиму
сов и бо
ние эти
отдельн
наблюда
падает,
отягощен
наблюда
секреции
обще не
наследст
что нар
эпилепс
изменен
его и н
можно
так ска
характе
с истери
Боле
п и к н
лептичес
же типа
припад
жуточи
скими
отличн
На
лепсии
относят
ности
рода с к
димости
пают на
хическ
щаются
с ослаб
ным пр
о необ
дения
призна
не наб
вается
различ
на афе
ния в э
от эпил
Общее
при ка
предста
в 1 слу

лептического психопатического предрасположения, в другой трети генетически близко к маниакально-депрессивному психозу и в последней трети оно стоит в связи с общим психопатическим отягощением. По данным клиники Клейста эта пропорция должна быть изменена в пользу эпилептического предрасположения. Таким образом и с генетической стороны можно говорить о каком-то родстве дипсомании с эпилепсией, но это родство идет по линии более общих признаков, главным образом по признаку периодичности, который сближает ее также и с маниакально-депрессивным психозом. Можно сказать поэтому, что дипсомания не относится собственно к эпилептическому кругу заболеваний, а вместе с эпилепсией, равно как и с циркулярным психозом, относится к более обширному кругу, объединенному принципом периодичности. То же самое следует сказать относительно нарколепсии, приступов сна или по крайней мере сонливости, преимущественно у молодых субъектов, продолжающейся по нескольку часов и более, возникающей внезапно и видимо без всякой причины. Выделение этих случаев в особую форму связывают с именем Желино, хотя отдельные наблюдения этого рода были известны и раньше. Иногда при этом наблюдаются также приступы потери мышечного тонуса, причем больной падает, хотя сознания не теряет (катаплексия). Наследственное отягощение нарколепсии эпилепсией не доказано. У родственников обычно наблюдаются заболевания, в основе которых много расстройств внутренней секреции, нередко со стороны гипофиза, или случаи истерических или вообще невротических реакций. В ряде случаев констатируется прямая наследственная передача. С генеалогической стороны нет оснований думать, что нарколепсия стоит вообще в каком-нибудь отношении к генуинной эпилепсии. По существу это симптомокомплекс, в основе которого лежит изменение деятельности центров, заложенных в подкорковой зоне, почему его и наблюдают в довольно различных по существу случаях, в которых можно предполагать такие изменения; неудивительно, что кроме случаев, так сказать, эссенциальной нарколепсии приступы сонливости такого же характера могут наблюдаться при шизофрении, эпилепсии, иногда вместе с истерическими реакциями, не говоря уже об эпидемическом энцефалите. Более близким нужно признать отношение к эпилепсии так называемой пикнолепсии. Некоторые авторы причисляют пикнолепсию к эпилептическому кругу, но по другому мнению—это судорожная форма того же типа, что и так называемые психастенические припадки, вазомоторные припадки и обмороки, вообще то, что Оппенгейм обозначал как промежуточные судорожные состояния, стоящие на середине между эпилептическими и истерическими припадками. Пикнолепсия характеризуется своим отличным от эпилепсии порядком наследственной передачи.

Наибольшие трудности представляют отграничения генуинной эпилепсии от тех многочисленных и довольно разнородных случаев, которые относят к так называемой эпилептоидной психопатии, в частности от аффект-эпилепсии в смысле Братца. Случаи последнего рода с клинической стороны характеризуются общей неустойчивостью, возбудимостью и наличием отдельных судорожных припадков, которые наступают на высоте психического возбуждения; зависимость припадков от психических моментов ясно сказывается и в том факте, что они обычно прекращаются в случае помещения больного в больницу. Неустойчивость в связи с ослаблением моральных задержек ведет нередко к различным антисоциальным проявлениям, в связи с чем стоит тот факт, что самого Братца к мысли о необходимости выделения особой аффективной эпилепсии привели наблюдения над преступниками. Принадлежность этих случаев к эпилепсии нужно признать сомнительной уже по данным клинической характеристики. У них не наблюдается типических особенностей характера, равно как не развивается слабоумия. Кроме судорожных припадков нередко констатируются различные истерические проявления, приступы спутанности, возникающие на аффективной почве, сумеречные состояния. Вообще болезненные проявления в этих случаях ближе к истерии, чем к эпилепсии. Существенное отличие от эпилепсии они представляют и по данным генеалогического исследования. Общее наследственное отягощение в этих случаях едва ли не больше, чем при каком-либо другом заболевании, доходя до 96%, но особенный интерес представляет качественный анализ данных наследственности. Медов только в 1 случае из 7 констатировал эпилепсию у брата больного. Меггендорфер не

находил отягощения ни психозами ни эпилепсией, не часто констатировал алкоголизм и в противоположность этому почти постоянно — психопатии, в особенности типа неустойчивых. По его мнению нет вообще нитей, связывающих аффективную эпилепсию с падучей болезнью в собственном смысле, так что в генетическом отношении приходится думать о отщеплении генов, выявление которых дает аффективную эпилепсию еще в восходящих линиях, или о генезе ее путем сложения более простых расстройств, наблюдаемых в отдельности у предков. Также и по мнению Керера аффективная эпилепсия не может быть причислена к эпилептическому наследственному кругу.

Все сказанное приложимо не только к собственно аффект-эпилепсии, но и к так называемой эпилептоидной психопатии. Вообще это обозначение применяется очень часто и по отношению к довольно различным случаям, объединяемым одним признаком, указывающим на известное сходство с эпилепсией, именно повышенной возбудимостью. Аффект-эпилептики являются наиболее яркими представителями этой группы и выделяются из ряда других только наличием такого неспецифического для какого-либо заболевания признака, как отдельные судорожные припадки. Если, как мы видели, нужно признать недостаточно определенным положение аффективной эпилепсии, то еще более это справедливо по отношению ко всей группе эпилептоидных психопатов, характеристика которой еще не достаточно определена, а границы совсем расплывчаты. Учению о психопатах этого рода особенно много внимания уделяется в русской психиатрической, особенно криминологической, литературе. В этом нет ничего удивительного, так как оно относится к области, наименее разработанной психиатрией, именно к психопатиям, и, с другой стороны, затрагивает учение об эпилепсии, которым интересовались всегда русские психиатры; очень большие корреляции психопатии этого рода с преступностью, повышая социальную значимость случаев этого рода, еще больше фиксируют на себе внимание в настоящее время, когда акцент ставится на факторах социального порядка. Все же на аффект-эпилепсию больше приходится смотреть как на общепсихопатологическое понятие, а не клиническую единицу. При этом за сохранение понятия даже и самого названия аффект-эпилепсии едва ли можно выдвинуть какие-либо серьезные основания. Наличие отдельных судорожных припадков на высоте возбуждения — единственное, что могло бы считаться критерием для такого обособления, — не может иметь особого значения, так как является далеко не постоянной примесью, тем более что, как указал недавно Ланге, возможно при очень сильном возбуждении появление эпилептиформных припадков под влиянием свойственного такому состоянию усиленного судорожного дыхания — своего рода гипервентиляции.

Менее ясно дело обстоит с понятием эпилептоидной психопатии, которым в конце концов покрывается и понятие аффект-эпилепсии.

По мнению К. Шнейдера, к которому присоединяется в последней работе о психопатических личностях Э. Кан, аффект-эпилепсия является одним из самых неясных в своем существе и расплывчатых в смысле отграничения от других понятий, родственных ему в психиатрии. Прежде всего следует сказать, что нет ни клинических ни генеалогических обоснований для отнесения случаев, в которых можно говорить об эпилептоидных личностях, прямо к эпилепсии. За их обособленность от эпилепсии говорит и гораздо большая, чем при последней, зависимость болезненных явлений от психогенных и вообще экзогенных моментов. Но нельзя отрицать возможности какого-то родства между ними и можно думать, что болезненные состояния этого рода аналогично нарколепсии, мигрени и другим вышеупомянутым картинам вырастают из близкой к эпилепсии конституциональной основы. Во всяком случае прав Кан, когда он предостерегает от недостаточно критического отношения к понятию «эпилептоидии», так как в конце концов нет достаточного основания для установления единого определенного типа или нескольких типов эпилептоидных психопатий. Кан не выделяет в своей классификации типа этого рода и указывает, что комплекс явлений, который можно назвать этим именем, встречается на фоне психопатий другого рода, именно у возбудимых, взрывчатых, равно как и раздражительных психопатов, но выделенный им в свою очередь тип эксплозивных психопатов по своему кардинальному признаку — взрывчатости — совпадает с общим представлением об эпилептоидных психопатах. Может быть разрешение вопроса нужно видеть в том, что взрывчатость, характеризующую так называемую

эпилептоидным знаком, что психопатии. В который сличных сособой группом типом и в ча

С отпсамостоянаследствобщем геншений соказываетменее яснили эссенобразнойприпадочличностистях.

Дляи внутрческуюных еереакциивразвитиине ядокогда этряд. Неного ровозникаособеннсколькочвеществэтом одуматьти коНужноговогопереднокак друпротивсможетэкстирные прнием ктой жепредлоского,а е псразвитнымиидизмаитронут

эпилептоидную психопатию, нельзя считать настолько значительным признаком, чтобы на основании только ее одной говорить о каком-либо типе психопатии. Ее можно приравнять в этом отношении к судорожному припадку, который сам по себе является особой реакцией, наблюдающейся в самых различных случаях,—иными словами может быть следовало бы, не выделяя особой группы эпилептоидных психопатов, говорить только об эпилептоидном типе реакции, который можно встретить на фоне различных заболеваний и в частности различных психопатий.

С отграничением от эпилепсии нарколепсии, пикнолепсии, мигрени как самостоятельных клинических картин, имеющих свои особые закономерности наследственной передачи, хотя и вырастающих до известной степени на общем генеалогическом древе, и в особенности с выявлением взаимных отношений с эпилептоидной психопатией, положение эпилепсии как болезни оказывается достаточно определенным; оно оказывается во всяком случае не менее ясно очерченным, чем положение шизофрении. В понятие генуинной, или эссенциальной, эпилепсии входит представление о вышеописанной своеобразной клинической картине с большим полиморфизмом судорожных и припадочных проявлений и о своеобразном складе всей психической личности, в частности о своеобразных характерологических особенностях.

Для того чтобы полнее представить себе сущность эпилепсии и внутреннее сцепление отдельных симптомов, составляющих клиническую картину, необходимо войти в рассмотрение генеза главных ее проявлений. Судорожный припадок, являясь особой формой реакции нервной системы, может вообще иметь различные механизмы развития; при генуинной эпилепсии он является ответом на отравление ядовитыми веществами, накапливающимися в организме и дающими, когда это отравление достигает определенной силы, судорожный разряд. Несомненно, что у эпилептиков порог раздражения для различного рода отравлений понижен, почему судорожная форма реакции возникает особенно легко. В основе этой судорожной диспозиции лежат особенности не столько в функционировании мозговых механизмов, сколько в сложении всего организма, определяющего особый обмен веществ, ведущий к явлениям аутоинтоксикации. Большую роль в этом отношении играют железы внутренней секреции. Об этом нужно думать уже потому, что соматический тип строения эпилептиков представляет очень много особенностей. Нужно думать, что гормоны некоторых желез, как например мозгового вещества, надпочечников, щитовидной железы, эпифиза, передней доли гипофиза, повышают спазмогенные компоненты, тогда как другие не обнаруживают такого действия или может быть влияют противоположным образом; например впрыскивание адреналина сможет спровоцировать припадок у эпилептика и, с другой стороны, экстирпация надпочечников у животных ведет к тому, что судорожные припадки не могут быть вызваны даже электрическим раздражением коры головного мозга. Иногда резкое расстройство той или другой железы настолько выдвигается на первый план, что можно понять предложение некоторых авторов, как например М. Я. Серейского, выделять особую эндокринотоксическую эпилепсию. Мы наблюдали случаи преждевременного полового развития и очень быстрого роста всего организма вместе с судорожными припадками; возможны судорожные припадки на фоне евнухизма. По существу закрытые железы в той или другой форме затронуты во всех случаях эпилепсии, о чем говорит уже один факт

обязательных глубоких вегетативных расстройств при этой болезни, связанных с изменениями внутренней секреции.

Какова химическая натура тех ядовитых веществ, с которыми связан механизм судорожного припадка, в точности не известно. Большое число исследований, в том числе и русских, из которых нужно упомянуть монографию Н. В. Краинского, предпринятых с целью отыскать то отравляющее вещество, действие которого дает припадок, не дало определенных результатов. Может быть, как думает Фёрстер, приходится считаться с повышенной возбудимостью определенной зоны, а при наличии этих условий каждое раздражение, в том числе и психическое, может быть тем последним толчком, который дает припадок. Самый механизм судорожного припадка связан со спазмом сосудов и малокровием мозга (первая фаза), с последующей застойной гиперемией (вторая фаза).

Припадок в конце концов вызывается возбуждением моторной зоны, которое к передней центральной извилине может пройти различными путями, причем более вероятным по предположению Фёрстера является расторможение возбуждения в двигательной зоне вследствие возбуждения других участков. Поэтому понятно, что припадки не во всех случаях бывают тождественны по своим проявлениям. Неодинаковой локализацией первичного источника раздражения в зрительной, слуховой или иной какой-либо зоне видимо объясняется и различный характер ауры, если она имеется. Той же причиной нужно объяснить частое отсутствие полной симметричности судорожных проявлений.

По мнению А. Д. Сперанского весь моторный комплекс эпилептического припадка с тоническими и клоническими судорогами обуславливается возбуждением субкортикального аппарата при обязательном одновременном подавлении деятельности коры.

В некоторых случаях источником раздражения, ведущего к судорожному припадку, являются рубцы в результате кровоизлияний или энцефалитических процессов. Здесь не имеется в виду так называемая джексоновская, или кортикальная, эпилепсия, припадки которой вызываются наличием опухоли, кисты, абсцесса или других каких-либо местных изменений в двигательной зоне и которая исчезает с их удалением. В некоторых случаях источник раздражения находится более или менее в стороне от двигательной зоны, и так как речь обыкновенно идет об остатках какого-то процесса, имевшего место задолго до появления припадков, то Крепелин объединяет их под именем остаточной, резидуальной или эпилепсии. В связи с этим Редлих объясняет нередко наблюдающееся левшество у эпилептиков как последствие заболевания энцефалитом или вообще каким-либо местным изменением в левом полушарии, благодаря которым в дальнейшем развитии преобладающее значение получает правое полушарие. Нужно думать однако, что и при наличии очаговых изменений в том или другом участке мозга главная роль принадлежит не им, а общему сложению организма с наличием особого очага возбуждения в двигательной зоне.

Как видно из изложенного, генез самих припадков при эпилепсии и их полиморфизм, равно как и генез приступов затемнения сознания и психозов, являющихся следствием более тяжелых степеней того же по существу отра-

вления, которое ведет к судорожному припадку, можно считать более или менее понятными. Интересен вопрос: в каком отношении к существу болезни находятся особенности характера эпилептиков? Что между этими сторонами клинической картины существует определенная связь, не подлежит никакому сомнению. Можно думать, что характер, как и вообще психические особенности, это что-то основное, фон, на котором развивается склонность к судорожным формам реакции. Ремер проследил течение нескольких поколений две швейцарские семьи, в которых было много эпилептиков, и мог убедиться не только в том, что между тем и другим существует определенная корреляция, но что появление особого характера в ряде поколений является чем-то основным, первичным, вслед за чем в следующем поколении появляются и судорожные припадки. При этом из различных компонентов эпилептического характера к существу болезни особенно тесное отношение имеет взрывчатость, типичная для определенной группы эпилептиков, именно э к с п л о з и в н ы х. Ее нужно объяснять главным образом своеобразными сдвигами в эндокринных системах с усилением всего того, что ведет к повышению возбудимости. Аналогичными сдвигами, хотя идущими в другом направлении, нужно объяснять те черты, которые характеризуют так называемый д е ф е н з и в н ы й тип. Связь относящихся к нему признаков с существом болезни нужно признать однако более рыхлой. Это видно и из того, что не только отдельные черты, но и целые комплексы их, характерные именно для эпилепсии, можно встретить и в других случаях. Например педантизм, аккуратность, грубый эгоизм и склонность собирать около себя всякое имущество очень обычны у кретинов.

Лечение и профилактика эпилепсии

Эпилепсия, как душевные болезни вообще, является социальным бедствием, и профилактические меры, предпринимаемые в целях охраны нервно-психического здоровья населения, должны включать в себя особенности, направленные к ослаблению вредных моментов, способствующих возникновению и распространению падучей. Рост заболеваний падучей болезнью, как показывают цифры всех стран, имеет тенденцию неуклонно повышаться. Накопившийся громадный материал естественно побуждал к систематизации изучения болезни и планирования борьбы с ней. В начале текущего столетия для этой цели была организована в Будапеште Международная лига, первой задачей которой было критическое обозрение существовавших в то время в разных странах методов лечения падучей, способов устройства судьбы больных и тех мер, которые проводились для предупреждения распространения болезни. Оказалось, что только в США была некоторая система. В большинстве стран не было известно число эпилептиков среди здорового населения.

Самая терминология и понятие эпилепсии трактовались по-разному. Воспитание детей-эпилептиков, помощь хроникам на дому осуществлялись в очень малой степени и лишь в отдельных странах. До войны 1914 г. ближайшей программой Лиги являлось создание в больших городах центральных больниц-институтов для изучения эпилепсии и борьбы с ней. Эти институты должны были располагать лабораториями, поликлиниками, стационарами и отделениями для испытуемых. От обслуживающего персонала и врачей требовалась специальная подготовка. Таким госпиталем-институтом предполагалось обслужить каждые 10 млн. населения. Кроме того для больных без резкого душевного расстройства предполагалась в помощь институту деревенская колония, где практиковались бы труд на земле и ручные работы во всех видах (по образцу Craig colony в штате Нью-Йорк). Для дементных форм предназначались особые отделения в общих психиатрических больницах.

Американцы были даже сторонниками полной изоляции из общества больных эпилепсией, учреждая для этого в каждом штате особые колонии.

где больные вели бы «человеческое существование», но не имели бы возможности влиять на здоровых передачей наследственного предрасположения. Были предложения и принудительной кастрации эпилептиков. Но конечно насколько разнообразна этиология болезни, настолько же и трудно решать вопрос так круто. Война, разразившаяся над Европой, принесла с собой новую постановку и новые разрешения вопроса об эпилепсии. Выдвинулись новые факты, жизнь повернулась к психиатрии новыми сторонами. От резко очерченных заболеваний психиатрия перешла к изучению и улавливанию начальных форм, стала «малой психиатрией», зорко присматривающейся в «мелочам», деталям жизни. Ее стали более интересоваться экономические, социальные факторы, роль профессий, различных экзогенных влияний (промышленные яды, сифилис, алкоголизм).

Прежнюю психиатрическую больницу спаял с текущей жизнью нервно-психиатрический диспансер. Старый фатализм «сумасшедшего дома» сменился целой плеядой активных психотерапевтических школ. Правда, уже давно намечались веки новой психиатрической дороги, но по крайней мере у нас в СССР активный подход к оздоровлению труда и быта, охрана нервно-психического здоровья населения, охрана детства, диспансеризация здоровых являются завоеваниями послереволюционного времени. В отношении эпилепсии СССР вновь после войны примкнул к Интернациональной лиге. После Первого всесоюзного совещания по психиатрии и неврологии в 1925 г. была создана в Москве Центральная комиссия по борьбе с эпилепсией, которая наладила связь с местами через психиатрических работников губерний. Вопрос об эпилепсии был программным на Первом всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в конце 1927 г.; резолюция съезда отмечает необходимость образования местных комиссий по борьбе с эпилепсией, а также созыва специального всесоюзного совещания по вопросу о борьбе с эпилепсией. Тем не менее по сравнению с сетью туберкулезных и венерологических диспансеров мы все еще отстали в деле невро-психиатрической помощи. Особенно это заметно на эпилептиках. Специальных амбулаторий нигде кроме Ленинграда для них нет, стационары и санатории по мере сил защищаются от приема больных падучей. Только дети-эпилептики имеют небольшое количество мест в специальных больницах и педологических учреждениях. И среди населения и среди врачей распространено убеждение в неизлечимости, в бесполезности лечения падучей. Быть может благодаря этому начальные формы болезни ускользают от специалиста. Между тем эпилептик должен возможно раньше начать лечение, а также консультировать относительно выбора профессии, брака, будущего своих детей. Браки отягченных наследственностью, сифилитической инфекцией и алкоголизмом должны быть отклоняемы, равно как браки между мужчинами и женщинами, предрасположенными к эпилепсии. Указывают на дурные последствия брака между близкими родственниками. Понятно, что эпилептику нельзя служить у опасных машин, близ огня, вообще там, где внезапное падение грозит неотвратимой опасностью. Он может найти приложение своему труду и прилежанию в других не менее полезных предприятиях. Правильный надзор за развитием ребенка, начиная с беременности матери, разъяснение всей важности детских травм имеет большое значение в деле профилактики падучей. У детей в школьном возрасте часто бывает головокружение, связанное с тощим желудком; такие состояния по некоторым авторам могут предрасполагать к падучей. Нужно об этом помнить. Вино должно быть абсолютно запрещено.

При лечении прежде всего необходимо тщательно учесть все данные личного и родового анамнеза, предполагаемую роль отдельных факторов в провоцировании припадков (переутомление, различные интоксикации, психогенные влияния и т. д.), форму самого припадков, сопутствующие неврологические и психические изменения, колебания эндокринно-вегетативной сферы. Только после такой индивидуальной оценки больного можно обдумать и наметить известный план лечения, приняв во внимание и прежнюю терапию. Имея в виду факторы, вызвавшие понижение толерантности больного,—будь то стра-

дание внутренних органов или какие-либо внешние условия, — нужно стремиться гигиеническими мероприятиями достигнуть компенсации общего состояния организма и обезвреживания тех моментов, которые непосредственно предшествуют припадку. Образ жизни и работа больного должны быть урегулированы; профессия, если нужно, изменена при содействии охраны труда. Особенного внимания врача заслуживают сон и отдых больного. Подростки и дети не могут учиться со здоровыми как благодаря наличию припадков, так и по причине часто неправильного отношения к ним товарищей. Учебная нагрузка часто не по плечу слабому эпилептику.

Питание больного, имея в виду наличие разыгрывающихся в организме эпилептика периодических процессов накопления веществ токсического характера, должно быть по преимуществу молочно-растительным, по возможности лишенным пряностей, различных вкусовых и экстрактивных веществ. С другой стороны, органы выделения (почки, кожа, кишечник) требуют тщательного ухода. Исследования многих авторов доказали благоприятное влияние пищи, содержащей мало пуриновых оснований, а следовательно выделяющей мало аммиачных соединений. В последнее время американцы рекомендуют безуглеводную кетогенную диету, практически сводящуюся к голоданию и постельному режиму в первые недели лечения. Жировой обмен остается наиболее устойчивым, поэтому нужно советовать больным вводить в пищевой режим разнообразные масла (коровье, растительное) и жиры. С. Д. Владычко рекомендует прибавление к пище большого количества сахара и соков сладких плодов. В лечении эпилепсии благодаря невыясненности всех деталей патогенеза, в частности образования и накопления токсических веществ, а также законов кумулирования раздражений, до сих пор остаются уязвимые места. «Врач, — говорит Гиппократ, — который сумеет режимом изменить темперамент, сделать его более холодным или теплым, сухим или влажным, достигнет излечения эпилепсии». Эти слова отца медицины не утратили своего значения и для настоящего времени.

В частности медикаментозная терапия падучей по большей части имеет своей целью уменьшение возбудимости нервных центров. Наиболее распространенным и действительным средством в этом отношении считаются соли брома, насчитывающие уже более трех четвертей века своего применения при падучей. Обыкновенно применяются смеси бромидов, например:

Rp. Kalii brom.
Natrii brom. aa 3,0
Ammonii brom. 2,0
Aqua destill. 200,0
MDS. 3—4 раза в день по столовой ложке

или с прибавлением препаратов мышьяка и беладонны, как в так называемых менделевских порошках:

Rp. Kalii brom. 0,6
Natrii brom. 0,75
Acidi arsenicosi 0,0004
Pulv. Bellad. 0,001
Mf. pulv. d. tal. dos. № 60
S. По 1 порошку 3 раза в день

или в каплях:

Rp. Natrii brom. 15,0
Extr. Bellad. 0,3
Aqua Menthae 30,0
MDS. По 15 капель 3 раза в день

или в микстуре, применяемой в психиатрической клинике II ММИ под именем смеси Менделя:

Rp. Natrii bromat.
Ammon. brom. aa 5,0
Extr. Bellad. 0,15
Acid. arsenicosi 0,004
Aqua destill. 200,0
MDS. По столовой ложке 3 раза в день

Бехтерев предложил давать бром в следующем виде:

Rp. Infus. Adonis vernalis ex. 2,0 : 200,0
Natr. bromat. 12,0
Codeini 0,2
MDS. По 1 столовой ложке 2—3 раза в день

Предполагается, что Adonis регулирует кровообращение, а кодеин устраняет раздражающее действие Adonis на желудочно-кишечный тракт. Такую микстуру можно давать долгое время, предупредив больного, что лекарство должно быть свежеприготовленным и содержаться в холодном месте, так как настой травы легко портится.

Суточной дозой брома нужно считать от 1 до 5 г смотря по степени заболевания. Еще Чарльз Локок, первый введший бромистую терапию, говорил о том, что перед menses нужно увеличивать дозу брома для женщин; так думает большинство, в том числе Пьер Мари и Л. С. Минор. По наблюдениям врачей, долгое время проводивших бромистое лечение, у больных существует бромистое равновесие, т. е. при назначении определенной дозы брома организм целиком выводит все получаемое количество. Наибольшая доза при этих условиях и является необходимой добавкой для данного случая. Дают бром месяцами и годами, периодически прерывая его назначение, если обнаруживаются тяжелые явления бромизма (расстройства кишечника, кожные сыпи, катары дыхательных путей), о которых надо знать и которые во-время следует предупреждать (слабительные, мыльные ванны, назначения мышьяка и т. д.). Так, одними из первых вестников бромизма являются угри на лбу и спине, своеобразный дурной запах изо рта, потеря аппетита, сонливость, отсутствие конъюнктивных рефлексов.

Чтобы достигнуть удовлетворительных результатов при сравнительно малых дозах брома, Тулуз и Рише предложили в 1900 г. свой способ обесхлоривания организма. Обычно с пищей вводится достаточное количество хлористого натрия. Видоизменяя диету (молочно-мучная, масло, сахар, небольшие количества мяса), можно достигнуть значительного ограничения вводимой соли. Практически, не соля супа и вообще пищи, не употребляя селедок, маринадов и солений, можно осуществить до некоторой степени хлорное голодание. Вот при таких условиях хлорного голода нервная ткань обнаруживает усиление способности воспринимать заменяющий хлориды бром. На это частичное замещение ионов хлора бромистыми ионами организм

реагирует уменьшением рефлекторной возбудимости ганглиозных клеток. Одно лишение соли без брома не дает такого эффекта. Таким образом способ дает возможность активировать бромистую терапию. Сами авторы получали понижение количества припадков у своих больных на 80%. Иной вопрос, насколько хватит терпения у больных обходиться без соли, а между тем возобновление сразу соленой пищи может вызвать при небольших дозах брома даже status epilepticus. Нужно иметь в виду, что поражения сердца и сосудов, почек, редкие припадки при выраженном изменении психики служат противопоказанием к методу Тулуза и Рише.

Несколько ранее Рише и Тулуза Флексиг предложил метод комбинированного лечения падучей бромом и опием. Сначала в течение месяца больному дается опий в возрастающих дозах, начиная с 0,015 три раза в день Extr. opii aquos., и, дойдя до разовой дозы в 0,25, т. е. около 1,0 экстракта в день, сразу прекращают опий и назначают бром в восходящих дозах до 7,0 в день и спускают до 2,0 в день к концу второго месяца.

Конечно употребление опия связано с известными опасностями, особенно для детей. Кроме того после отнятия опия развиваются явления абстиненции, сходные с морфийными; больного в этом случае приходится класть в постель, назначать сердечные средства. Действие опия состоит, как предполагают, в том, что им достигается паралитическое состояние гладкой мускулатуры сосудов и тем самым расширение кровяного русла, благодаря чему соли брома глубже и полнее могут воздействовать на нервную ткань. Замечено, что больные резко теряют в весе во время обильных приемов опия; это конечно не может служить в пользу предложенного метода.

Еще Говерс ввел употребление буры в качестве лечебного средства против эпилепсии. У нас в Москве Н. И. Коротнев видел хорошие результаты при ее употреблении, особенно в начальных формах падучей. В самое последнее время Пьер Мари рекомендует буру по 1,0 один-два раза в день; лучше сложная натриевая соль борной и виннокаменной кислот в комбинации с люминалом (=гарденал=фенилэтилмалонилмочевина). У детей и в начале развития падучей Пьер Мари рекомендует начинать с буры, потом переходить к комбинированному лечению: 1,0 буры один-два раза в день и небольшие дозы люминала—0,05 на ночь. В дальнейшем дозы люминала приходится повышать до 0,1; на этой дозе можно держаться несколько месяцев.

В Германии и у нас люминал пользуется в настоящее время большим распространением. Обычно больные остаются довольны этим лечением. Из неприятных явлений идиосинкразии после люминала отмечена скарлатинозная сыпь, сопровождающаяся высокой температурой и шелушением кожи.

Валериановая терапия, введенная итальянцами, лечение окисями цинка (Парацельз), слабым раствором нитроглицерина, экстрактом индийской конопли распространения не получили, но могут быть применяемы в промежутках между бромистым лечением.

В последние годы снова отмечается тенденция к возобновлению попыток лечения падучей вытяжками или эмульсиями из вещества

мозга. Применяемый при производстве антирабических прививок препарат высушенного мозга кролика благодаря своей доступности нашел широкое распространение во многих городах, но доказательных результатов мы до сих пор не имеем. Впрыскивания под кожу стерилизованного молока также не увенчались осязательным успехом.

Немцы впрыскивали больным в сильно разведенном виде нервные яды (яд гремучей змеи—саламандрин), надеясь тем стимулировать защитные реакции организма, но и здесь стойких результатов не достигнуто.

Из физиотерапевтических процедур к прежней гидротерапии венгерцы прибавили облучение головы рентгеновскими лучами, достигнув по их словам некоторого успеха.

Попытки хирургического лечения посредством иссечения определенных участков коры, трепанация в целях уменьшения черепно-мозгового давления, а также операция Лериша симпатикозэктомии шейных узлов имели не больший успех, чем всякие операции на других местах тела эпилептиков. Еще старые авторы, в том числе и русские, отмечали временное облегчение после всякой операции и наркоза у эпилептиков.

Экстренные меры помощи необходимы во время status epilepticus, т. е., как уже было сказано, при целом ряде идущих друг за другом эпилептических припадков, грозящих больному смертельной опасностью. Часто применяют в таких случаях эфирный наркоз. помещают больного в затемненную тихую комнату, заботясь об очищении кишечника, вводят с клизмой дормиол (10,0+150,0 воды); одну клизму в три столовых ложки или амиленгидрат или хлоралгидрат:

Rp. Chloral-hydrati 4,0
Mucilago gummi-arabici
Aquae aa 75,0
MDS. На две клизмы

Впрыскивают также сердечные средства. Иногда вливают физиологический раствор, делают кровопускание иглой из вены. При возбуждении осторожно назначают теплые ванны. В единичных припадках, если захватить приступ в периоде ауры, его можно прервать крепким сжатием или трением того места, откуда распространяются судороги. Вдыхание какого-либо ароматического вещества, определенное резкое движение больного иногда предотвращают наступление припадка (торможение иррадиации). Во время обычного припадка не требуется особого вмешательства. Расстегивают больному ворот, распускают пояс, заботятся, чтобы не был прикушен язык, вставляя в угол рта какой-либо не мешающий дыханию предмет, например обернутую полотенцем палочку, пробку. Под голову кладут подушку, так как во время клонического периода больной может ушибиться. Не нужно излишней суетливости и никаких попыток привести больного в чувство. Если можно, если позволяет обстановка, самое лучшее оставить больного лежать и уснуть.

Судебномедицинское значение эпилепсии

Криминальное значение эпилепсии огромно, причем это относится не столько к эквивалентам и вообще состояниям затемнения

сознания, связанным с припадками, сколько ко всей психической личности больных и реакциям, возникающим на этой патологической почве. Поэтому судебно-медицинское значение падучей особенно велико в тех случаях, где дело не ограничивается одними судорожными припадками, а где налицо длительные или даже кратковременные затемнения сознания, состояние автоматизма или особые состояния изменения самочувствия с импульсивным стремлением совершать те или другие проступки. Что касается преступлений, совершаемых во время состояния психического автоматизма, механизм их легче всего понять как повторение при другой обстановке тех или других действий, иногда довольно сложных, которые производились раньше. Например одна эпилептичка отрезала руку своему ребенку, повторяя привычные для нее движения резания хлеба, другая была найдена держащей над огнем своего ребенка в положении, в котором держат детей над горшком, один эпилептик, профессиональный вор, несомненно в состоянии психического автоматизма совершил ряд сложных действий, необходимых для проникновения в чужую квартиру для совершения кражи, другой убил вилами свою жену, подобно тому как так же вилами убил тельца. Это не единственное однако направление, в котором идут обыкновенно криминальные действия эпилептиков. Типичным для эпилептиков, так сказать, классическим примером преступлений, совершаемых эпилептиками, является убийство. Это прежде всего стоит в связи с возбудимостью и жестокостью эпилептиков, делающими легким появление реакций гнева с совершением соответствующих агрессивных действий в обычном состоянии, не сопровождаемом затемнением сознания. Естественно, что такого же рода действия могут совершаться и в состоянии психического автоматизма. Наклонность к актам жестокого насилия и убийству вообще считается стоящей в связи с самыми основными чертами психики эпилептиков. Психопатологи думают, что, совершая криминальные действия этого рода, эпилептики изживают всегда сильный у них комплекс смерти, который очевидно имеется у них в переживаниях, связанных с припадками. С этой точки зрения эпилептик, нападая и убивая, как бы защищает себя от смерти.

Характерным для эпилептических убийств, совершаемых в состоянии затемнения сознания, являются крайняя жестокость выполнения, нанесение громадного количества ран, внезапность, немотивированность и бессмысленность преступления, пренебрежение к обстановке и непринятие каких-либо мер предосторожности для собственного спасения, обычное для преступников, действующих в полном сознании. Типична также полная последующая амнезия, появление судорожного припадка с последовательным сном, причем убийца нередко засыпает рядом с трупом своей жертвы.

Преступные действия совершаются иногда эпилептиками под влиянием импульсивных побуждений, возникающих внезапно в состоянии, хотя и не сопровождающемся затемнением сознания, но все же несомненно болезненном, благодаря чему эпилептик не в состоянии бороться с возникающими импульсами. Чаще всего это бывает в послеприпадочных состояниях. Н. П. Бруханский приводит случай, когда эпилептик перерезал горло встреченному им совершенно незнакомому мальчику и затем сам заявил об этом, объяснив

свой поступок внезапным непреодолимым побуждением; за несколько часов до этого у него был судорожный припадок.

При таких условиях понятно нередко возникающее у эпилептиков стремление к совершению самоубийства, поджогов, различных хулиганских поступков, как понятны также и факты дезертирства, совершаемого иногда в состоянии эпилептических фуг. Характерны также для эпилептиков преступления на эротической почве, объясняемые помимо других моментов их эротизмом. Нередко наблюдается склонность к садизму.

Для деградировавших эпилептиков, принужденных благодаря болезни лишиться своего обычного заработка, типичны такие преступления, как воровство и бродяжничество. С другой стороны, нужно иметь в виду, что эпилептики и сами легко могут сделаться объектами преступления, совершенного другими. Это прежде всего может быть во время припадка, делающего больного совершенно беззащитным, а с другой—у больных, ставших благодаря частым припадкам слабоумными.

Естественно, что эпилептик не может считаться ответственным за деяния, совершенные во время припадочных состояний, сопровождающихся полным затемнением сознания и последующей амнезией. При разрешении вопроса в каждом конкретном случае внимание прежде всего должно быть направлено на выявление состояния, в котором было совершено преступление. То же самое следует сказать о преступлениях, совершенных под влиянием внезапно возникших импульсов, которым больные не могли противиться. Положение эксперта-психиатра в этом случае представляет гораздо большие трудности, так как решение вопроса конечно не может основываться только на показаниях совершившего преступление. Здесь могут помочь немотивированность, внезапность, бессмысленность преступления.

Всегда нужно иметь в виду, что недостаточно доказать наличие эпилепсии у лица, совершившего преступление, чтобы считать решенным, что речь идет непременно о состоянии, исключающем вменение. Сама эпилепсия как таковая не освобождает от уголовной ответственности. Эпилептики могут совершать различные преступления в обычном состоянии без наличия затемнения сознания или болезненных расстройств настроения; они могут при этом руководиться различными психологически понятными мотивами, например мстостью, проявлений которой естественно ожидать от злобных и мстительных вообще эпилептиков. Нужно учесть также такую возможность, что эпилептик в стремлении избавиться от ответственности будет прятаться за свою болезнь, не останавливаясь перед симуляцией патологических явлений.

Вопрос о вменяемости, равно как и дееспособности, может возникнуть по отношению к слабоумным эпилептикам; главным критерием здесь являются интенсивность болезненных явлений со стороны интеллекта и вообще тяжесть болезни. Для эпилептиков, совершивших преступление в болезненном состоянии, естественно возможно применение только мер судебно-медицинского характера; очень часто бывает необходимо принудительное лечение в закрытой психиатрической больнице.

скле
извес
слаб
пара
Кли
для
забо
лича
свин
лект
на п
обра
выра
боле
псих
част
пост
изуч

С
жил
нере
боле
жел
отра
ское
лизм
Пос
кли
ческ
арте
боль
т
чрез
ража
могу

риос
ных,
ный
всего
стади
може
спазм
давл
щени
обще
сящи
естес

Процессы, развивающиеся в связи с преждевременным изнашиванием

22. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НА ПОЧВЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АРТЕРИОСКЛЕРОЗА

Из болезненных состояний, которые в своем генезе связаны со склерозом сосудов головного мозга, прежде всего ■ психиатрии стали известны картины дементности. Они были выделены из той большой группы слабоумий, которые по сходству клинической картины с прогрессивным параличом объединялись под именем так называемого псевдопаралича. Клиппель во Франции, Бинсвангер и Альцгеймер ■ Германии много сделали для выделения артериосклеротических расстройств в качестве особой группы заболеваний и для обособления ее как от собственно прогрессивного паралича, так и от состояний слабоумия, развивающегося на почве алкоголизма, свинцового отравления и других процессов, ведущих к ослаблению интеллекта. Впоследствии выяснилось, что число расстройств в психической сфере на почве артериосклероза довольно велико и что клиника их очень разнообразна; в частности было отмечено, что кроме тяжелых картин с резко выраженным поражением интеллекта очень часто приходится наблюдать более легкие степени тех же изменений, иногда такие, где нет собственно психоза, а явления, которые принято квалифицировать как нервные. Ввиду частоты заболеваний на почве артериосклероза, равно как и ввиду возможности очень много сделать не только ■ смысле профилактики, но и терапии, изучение таких заболеваний представляет большой интерес.

Клиника церебрального артериосклероза

Склероз сосудов в общем является заболеванием среднего и пожилого возраста, чаще всего встречается между 40 и 60 годами, но нередко приходится наблюдать его на 4-м десятилетии. Развитию болезни способствуют перенесенные в прошлом инфекционные и тяжелые соматические заболевания, курение табака, профессиональные отравления тяжелыми металлами (свинец, ртуть), тяжелое физическое напряжение и умственное переутомление. Относительно алкоголизма клиницисты расходятся во взглядах с патологоанатомами. Последние отрицают роль алкоголизма в генезе артериосклероза, но клиническое наблюдение не может не считать алкоголизм этиологическим фактором очень большого значения ввиду частоты совпадения артериосклероза и алкоголизма. Из инфекционных заболеваний больше всего приходится считаться с сифилисом.

Психические изменения на почве артериосклероза развиваются чрезвычайно медленно и тянутся многие годы. Первые симптомы выражаются в различных явлениях общей нервности, которые легко могут импонировать как неврастенический симптомокомплекс.

Для уяснения сущности клинической картины при церебральном артериосклерозе, именно субъективных ощущений и всей психологии таких больных, равно как и объективных данных, имеет очень большое значение точный учет развивающихся в организме физиологических изменений. Прежде всего нужно иметь в виду повышение кровяного давления. В начальных стадиях оно зависит не столько от изменения сосудистой стенки, которое может быть очень незначительно или даже совершенно отсутствовать, а от спазма сосудов, иными словами от гипертонии. Повышение кровяного давления само по себе может быть источником различных неприятных ощущений в различных местах, тяжести в голове и головной боли. На фоне общего повышения давления хотя бы незначительные приливы крови, зависящие от физического и умственного напряжения, от различных волнений, естественно оказываются в состоянии сравнительно легко вывести сосуди-

стую систему из равновесия и привести к неустойчивости настроения и раздражительности. Вазомоторные расстройства, повышение кровяного давления при начинающемся утолщении стенок ведут к недостаточному питанию нервных элементов, и отсюда очень важный артериосклеротический симптом — **понижение интеллектуальной работоспособности**. Принимая во внимание характер изменений, легко понять, что это ослабление на первых порах не должно быть грубым, резко выраженным. Нервные элементы еще не изменены в своем строении, но, не получая достаточного питания, не могут дать всего того, на что способны. Нужно иметь в виду при этом следующее: если острый и кратковременный недостаток питания может дать временное возбуждение с некоторым подъемом продуктивности в работе, то этого здесь быть не может, так как недостаток питания является хроническим и кроме того как правило хотя медленно, но неуклонно прогрессирует. Понятно также, что первое время ослабление работоспособности носит более количественный характер. Та же работа может быть выполнена с вполне удовлетворительными результатами, но в гораздо более долгий срок и с субъективным ощущением больших затруднений. При этом чрезвычайно характерно, что особенно значительное замедление интеллектуальной работы бывает вначале. Это также легко объясняется с точки зрения отклонений от нормального течения физиологических процессов. Для продуктивности интеллектуальной работы необходимо достаточное кровенаполнение мозга, а между тем ставшие менее податливыми кровеносные сосуды не могут дать с достаточной быстротой такой адаптации, ■ **втягивание** в работу естественно должно идти с известным замедлением. С другой стороны, функциональная гиперемия, если образовалась, держится более стойко, мало податлива и обычно сопровождается интенсивным покраснением лица и субъективным ощущением теплоты в голове. Благодаря той же причине замедлен также и переход к состоянию покоя. Придя ■ **состояние** известного возбуждения, обладатель таких сосудов не скоро может успокоиться и, если работа велась вечером, долго не может заснуть. Понятно также, что преобладающее настроение артериосклеротиков должно быть окрашено известной **депрессией**. Уже один возраст, к которому относится большинство больных этого рода, несет с собой нечто, что уменьшает присущую здоровому человеку радость жизни; но здесь имеют значение и другие обстоятельства, имеющие более прямое отношение к церебральному артериосклерозу. Если настроение вообще представляет равнодействующую различных, часто контрастирующих влияний, то появление благодаря склерозу сосудов ряда более или менее стойких неприятных ощущений должно иметь своим последствием известное общее понижение эмоционального фона. Но здесь всегда примешивается действие еще других моментов, главным образом психологического свойства. Как мы видели, в сознание «я» входит как один из важных компонентов сознание того, что это «я» активное, деятельное. При артериосклерозе головного мозга этот компонент, имеющий чрезвычайно большое значение для определения самочувствия, естественно должен претерпевать более или менее значительный ущерб. Все это делает понятным, что для артериосклеротических расстройств характерна склонность к более или менее значительной депрессии, в тяжелых случаях доходящей до резко выраженной тоски. Не менее важным для изменений в психической сфере на почве артериосклероза является колебание интенсивности болезненных явлений, как говорят иногда «**мерцание симптомов**». Об этом приходится говорить, как о чем-то, присущем артериосклеротическим расстройствам вообще, а не только расстройствам, развивающимся ■ **психической сфере**. Так называемая **переменяющаяся хромота**, описанная Шарко как характерная картина, зависящая от склероза сосудов, выражающаяся в своеобразных расстройствах ходьбы, может иметь место и в нервных центрах. Здесь она ввиду большой чувствительности нервной системы должна сказаться еще заметнее. Лабильность артериосклеротической психики делает ее очень доступной различным внешним моментам и прежде всего психическим влияниям. Отсюда очень большая склонность ее к различного рода депрессивным состояниям, иногда с оттенком страха. При этом сознание убывающих сил и понижения работоспособности делают человека неуверенным ■ **выявлении** себя как личности по отношению к окружающему и способствуют созданию атмосферы недоверчивости и подозрительности.

При
склерот
ниями
как к
стройст
описани
пониже
мость и
пониру
картину
ного
кого-ни
ной баз
резко и
хозов. С
вением
благодар
роза не
■ интелл
в особен
ния разв
либо эти

Проф
и н в а л
ряда лет
отсутстви
■ состоян
при этом
кровенос
манием. В
типичных
гении и в ф
Естественн
риосклеро
мненно, чт
если склер
делает еще
офицеров,
дил выраж
но даже ра
ние, гораз
ных расстр
мировании
с коллекти
моментов и
ных биоло
ства, не да
которые до
роза и наж
и вообще об

Период
ваются нер
зом интел
долго, от
явления и

Принимая во внимание только что описанные особенности артериосклеротической психики, обусловливаемые в своем существе изменениями сосудов и вытекающими отсюда последствиями, можно понять как клиническую характеристику артериосклеротических расстройств, так и их течение. Долгое время все исчерпывается вышеописанными нервными явлениями. Головная боль и головокружения, понижение самочувствия и раздражительность, повышенная утомляемость и более или менее заметное ослабление работоспособности, импонирующие на первый взгляд как явления неврастения, входят в картину так называемой нервной формы церебрального артериосклероза. Она не представляет однако какого-нибудь особого вида этого заболевания, ■ является вступительной базой к более тяжелым расстройствам, затрагивающим более резко и психическую сферу и иногда дающим картину тяжелых психозов. Сходство с нервными явлениями, обязанным своим возникновением исключительно нервному переутомлению, увеличивается еще благодаря тому, что первые проявления церебрального артериосклероза нередко обнаруживаются после очень большого физического и интеллектуального напряжения. Очень важная роль этих моментов в особенности ясна по тем нередким случаям, когда болезненные явления развиваются сравнительно в раннем возрасте и без других каких-либо этиологических моментов кроме переутомления ■ волнений.

Проф. П. Б. Ганнушкиным было выдвинуто понятие о *нажитой иinvalidности* для обозначения таких случаев, в которых после ряда лет напряженной работы, связанной с большими волнениями при отсутствии отдыха, иногда при недостаточном питании, человек приходит в состояние, непригодное для какой бы то ни было работы, обнаруживая при этом ясные признаки периферического артериосклероза с повышением кровяного давления. Одно время эта теория пользовалась большим вниманием. Выяснилось однако, что это было по существу одно из увлечений, типичных для пройденного теперь этапа, когда центр всего мыслился в экзотении и в факторах биологического порядка без учета роли личности ■ целом. Естественно при этом, что если при исследовании находили признаки артериосклероза, то в нем и видели сущность заболевания. Между тем несомненно, что наличность склеротических изменений в сосудистой системе, даже если склероз распространяется на сосуды головного мозга, сама по себе не делает еще человека больным. Монкенбергер на секциях трупов солдат и офицеров, погибших в империалистическую войну, чрезвычайно часто находил выраженный склероз сосудов не только в возрасте между 30 и 40 годами, но даже раньше. И по другим данным нужно думать склероз сосудов—явление, гораздо более распространенное, чем те картины соматических и нервных расстройств, по отношению к которым можно говорить о болезни. В формировании их большую роль играют психические факторы, связь личности с коллективом и установки ее на труд. В зависимости от особенностей этих моментов иногда личность выбывает из строя при наличности незначительных биологических явлений, иногда же преодолевает и серьезные расстройства, не давая болезненной реакции. Во всяком случае в тех картинах, которые до недавнего времени часто описывались как случаи раннего склероза и нажитой invalidности, центр тяжести нужно видеть в истощении и вообще обратимых явлениях, а не в чем-то стойком и неизлечимом.

Период, в течение которого болезненные расстройства ограничиваются нервными явлениями и не затрагивают существенным образом интеллектуального функционирования, продолжается в общем долго, от нескольких лет до целых десятилетий. Все болезненные явления имеют тенденцию к прогрессированию,

но в какой степени это может идти быстро, зависит от индивидуальных отличий и в особенности от того, продолжается ли вредное воздействие тех факторов, которые играют роль в этиологии данного случая. Работоспособность постепенно все более падает. Если на первых порах достаточно продолжительного отдыха, чтобы субъективные нервные явления исчезли почти полностью и возможность интеллектуальной работы восстановилась, то в дальнейшем все симптомы становятся более стойкими. Все с большими усилиями больной справляется со своими профессиональными обязанностями, все сильнее выступает неохота к умственному и какому бы то ни было труду, которая временами переходит в настоящее отвращение. Появляется забывчивость, которая сначала относится только к именам, к датам, но потом распространяется и на более широкие круги воспоминаний. Начинают страдать и другие способности, в особенности творчество, комбинирование и соображение. Характерно, что все расстройства носят главным образом количественный характер. Постепенно убывают полнота и богатство психических переживаний, но побудительные мотивы и социальные установки сохраняются без существенных изменений. Можно сказать, что мощное стройное и прекрасное здание все больше изменяет свой облик, отпадают орнаменты, бледнеют краски, но остов его все же сохраняется.

Разнообразие клинической картины церебрального артериосклероза увеличивается в значительной мере еще потому, что ему, как и другим органическим заболеваниям, свойственно вызывать иногда вновь или усиливать различные проявления, склонность к которым наблюдалась и раньше. Первое появление в позднем возрасте истерических, неврастенических или каких-либо других нервных явлений всегда подозрительно в смысле начинающегося артериосклероза. Большею частью оказывается, что при этом приходится говорить не о новых явлениях, а об усилении тех изменений, которые отмечались раньше. С этим нужно сопоставить то, что в случаях типических невротических реакций, начинающихся в молодые годы и продолжающихся долгое время, при развитии артериосклероза усиливаются все явления и притом несколько меняют свой характер. Они становятся более стойкими, упорными и как бы неподвижными; вместе с этим они все меньше поддаются терапии. В особенности это относится к гипохондрическим явлениям, для которых различные неприятные ощущения, стоящие в связи с возрастными изменениями, понижение самочувствия и сознание объективного ущерба в психическом функционировании создают особенно благоприятную почву.

Вслед за более или менее продолжительной фазой нервных явлений наступает период психического упадка, который в ряде случаев доходит до крайне резко выраженного слабоумия. Будет ли течение более или менее тяжелым и относительно быстрым или же процесс ограничится симптомами общей нервности лишь с незначительным налетом интеллектуального ослабления, зависит и от индивидуальности случая, и от наличия осложняющих факторов, и от лечения. Большое значение имеет и наследственное отягощение, причем оно идет здесь по двум линиям. Самый склероз сосудов большей частью развивается на почве особого диагноза. Это видно из того, что существуют семьи, в которых очень часто наблюдаются заболе-

вания сердца и сосудов и притом сравнительно в раннем возрасте. На такой характер артериосклероза указывают и определенные корреляции его с пикническим сложением и циркулярным психозом. Наследственное отягощение заболеваниями сердца и сосудов само по себе предрасполагает к соматическому артериосклерозу с теми нервными явлениями, генез которых определяется физиологическими изменениями, связанными с ним, а также со слабоумием, зависящим от деструктивных процессов в мозгу, вызываемых расстройствами кровообращения. Но для появления в картине заболевания и более резких изменений психического порядка нужно повидимому отягощение тяжелыми неврозами и психозами.

Заслуживают внимания данные генеалогического изучения церебрального артериосклероза Мюнхенского исследовательского института (Bruno Schultz). Среди братьев и сестер 100 больных этого рода по сравнению с населением вообще оказалось меньше случаев прогрессивного паралича, меньше также шизофрении, эпилепсии и маниакально-депрессивного психоза. С другой стороны, констатированы и значительно большем количестве случаи психопатий, требовавших интернирования, случаи самоубийства и особенности психозов позднего возраста, главным образом мозгового артериосклероза. В связи с этим смертность от апоплексии в этой группе вдвое чаще, чем вообще среди населения.

Так как артериосклероз развивается очень часто и более или менее тесной связи с алкоголизмом, то в клинической картине нередко фигурируют также и симптомы последнего, например галлюцинации, бредовые идеи преследования, бред ревности. Слабоумие и зависимость от сложности этиологии также оказывается более глубоким.

Нарастание явлений интеллектуального ослабления в одних случаях идет постепенно, без каких бы то ни было скачков; но очень часто наблюдают более грубые расстройства кровообращения, дающие известную картину апоплексического инсульта с более или менее глубоким и продолжительным помрачением сознания и с симптомами паралича, чаще всего с гемиплегией, монопарезами, афазией и другими симптомами местного поражения мозга. Вполне развитая картина церебрального артериосклероза состоит из сочетания ослабления интеллекта с этими фокусными симптомами. Со стороны черепных нервов часто наблюдаются неравномерность зрачков и более или менее значительное ослабление реакции, а также расстройство речи, иногда в форме афазий, иногда бульбарного характера, напоминающего аналогичное расстройство при параличе помешанных. Нередко наблюдаются парез лицевого нерва одной стороны, дрожание языка и рук, а со стороны конечностей — расстройства движений, чувствительности и рефлексов, — словом, все то, что наблюдается при органических повреждениях мозга.

Относительно интеллектуальной стороны, именно слабоумия, нужно сказать, что, представляя в резко выраженных случаях много общего с изменениями при других органических психозах, оно во многом от них отличается. Самое существенное сводится к тому, что очень долгое время сохраняется критическое отношение к себе и своему положению, даже сознание своей болезни. Не наблюдается тех глубоких изменений личности, которые обычны не только при шизофрении, но и при прогрессивном параличе и старческом слабо-

умии; поэтому принято говорить, что ядро личности в данном случае остается непораженным. В далеко зашедших случаях в результате обширных разрушений, вызванных кровоизлияниями, слабоумие может принять настолько глубокую форму, что трудно, не зная острого развития болезни, точно определить лежащий в основе его органический процесс. Много характерных черт наблюдается в эмоциональной сфере артериосклеротиков. Если лабильность — вообще характерное расстройство артериосклеротической психики, то в особенности это относится к аффективной жизни. Уже очень рано можно отметить своеобразную склонность легко умиляться различными не всегда значительными явлениями, слезливость при чтении какой-нибудь чувствительной истории. Позднее это слабодушие становится резко бросающимся в глаза: больной, как ребенок, радуется разным пустякам и плачет от малейшего огорчения. К этому нужно добавить, что смех и плач, как это свойственно и другим органическим заболеваниям, часто носят насильственный характер, представляя мимическую гримасу, за которой не скрывается адекватного содержания. В конечных стадиях и в эмоциональной сфере на смену неустойчивости, возбудимости является все нивелирующее безразличие.

Приведем историю болезни одного больного с начальными явлениями заболевания.

Б. Ф., 39 лет, грамотный, поступил в апреле 1926 г., выписался в январе 1927 г.

Жалобы б-ного на головные боли, временами головокружение, шум и звон в голове, «гудение во всем теле», плохую память, неспособность к труду, раздражительность.

Отец больного — алкоголик, умер 54 лет от инсульта, по характеру был тихим и общительным. Матери 70 лет, она еще совсем бодрая, крепкая женщина.

Деды и бабки по отцу и матери жили подолгу, были по словам б-ного «как дубы». Б-ной родился в семье крестьянина, рос здоровым, крепким, резвым мальчиком, имел много товарищей; 11 лет приехал из деревни в Москву, где и поступил в булочную мальчиком, работал по 12—14 часов в сутки в душной, жаркой атмосфере. Материальное положение несколько улучшилось только после перевода его в подручные; больным стал водить компанию с товарищами, любившими выпить, пристрастился сам, несколько раз напивался допьяна. По характеру всегда был спокоен, всел, общителен, на работе очень исполнитель, добросовестен. Половая жизнь только со времени женитьбы в 20-летнем возрасте; жизнь сложилась удачно. С самого начала революции больным стал интересоваться общественно-политической работой, читал газеты, брошюры, выступал на собраниях, но активного участия в революции не принимал. С 1920 г. начал занимать разные выборные должности по профсоюзной линии, в 1922 г. был председателем фабзавкома, последние 2 года инструктор орготдела губотдела союза пищевиков. С самого начала своей общественной работы он проявлял к ней живой интерес, но с трудом справлялся, так как кроме основной службы он, чувствуя свою неподготовленность, много занимался самообразованием; возвратившись домой поздно ночью, он должен был еще подготавливаться к выступлениям, составлять различные отчеты и т. д.

С осени 1924 г. эта большая перегрузка начала сказываться на состоянии его здоровья: появилось чувство общей слабости, разбитости, быстро уставал на работе, настроение изменилось в сторону подавленности, начал раздражаться, отмечалась растерянность, неясные боли в пальцах рук и ног. Такое состояние стало тревожить больного, он обратился за врачебной помощью и после укрепляющего лечения почувствовал себя лучше и опять возобновил свои прежние занятия. Однако через самое короткое время у него появились головные боли, стало трудно воспринимать прочитанное, внимание рассеивалось, не мог сосредоточиться на серьезной работе, беспокоил шум в голове.

с трудом стал сдерживаться от раздражительности. Через месяц присоединилось чувство давления в темени, ползание мурашек по телу и ощущение переживания в голове. В марте 1926 г. он принужден был уже совсем бросить работу. Рост больного выше среднего, телосложение ближе к пикническому, на коже лица ясно выраженная сеть мелких вен, язык обложен, жалобы на отрыжку, частые запоры: эмфизема, при аускультации глуховатые тоны сердца, пульс 76 ударов в 1 минуту, периферические артерии жестки, сильная извитость височных артерий. При рентгеноскопии отмечено расширение сердца вправо и влево, аорта расширена, высокое стояние диафрагмы. Кровяное давление макс. 175, миним. 110. Все сухожильные рефлексy живые, кожные повышены. Тремор языка и вытянутых пальцев руки: красный и стойкий дермографизм, зрачки правильной формы с достаточной реакцией на свет, аккомодацию и конвергенцию, слабо положительный симптом Ромберга. Головные боли, шум и звон в голове, «гудение в теле». Больной несколько напряжен, растерян, плохое самочувствие, тревожно подавленное настроение, считает себя тяжело больным, потерявшим свою трудоспособность на общественной работе, а потому полагает, что государство обязано возместить ему эту потерю. Большая установка на лечение, тенденция ухода в болезнь. Больной весь поглощен ощущениями и парестезиями в теле, весьма обстоятельно рассказывает о них, очень гипохондричен, обижается, если врач по его мнению недостаточно внимательно его выслушивает, свое повествование всегда сопровождает соответствующей мимикой и жестами; чаще всего указывает он на чувство «гудения» во всем теле, перебирания с ног до головы, затылок наполнен каким-то воздухом, в голове давление точно с переливанием какой-то жидкости. Общий уровень умственного развития невысок; правильно, несколько своеобразно разбирается в политических и общественных вопросах, профессиональные знания сохранены. Память недостаточная, главным образом затруднены запоминание и воспроизведение нового, всегда носит с собой записку, в которой отмечены имена и отчества врачей, среднего и младшего персонала с особыми, характерными для каждого приметами, быстро забывает все прочитанное. В разговоре ему часто приходится подыскивать слова. Давно прошедшие события воспроизводит правильно. Сочетание идей замедлено, считает с небольшими ошибками, при исследовании быстро утомляется, активное внимание неустойчивое, односторонне направлено в сторону всевозможных ощущений в теле. Интерес к окружающей жизни есть, но непосредственного участия в ней не принимает, в играх и развлечениях не участвует, ничего не читает, так как усвоение и запоминание затруднены. Только под давлением выполняет механическую работу, с которой уже освоился — раздает больным ящики с продуктами, сопровождает больных в клиники; более сложная работа, как закупка продуктов и отчетность, для него очень тяжела, он быстро устает, лицо становится гиперемичным, головная боль усиливается, «режет глаза», в них чувствуется жар, начинаются «внутреннее беспокойство и дрожь», в сердце ощущает «укол». Мимика живая, адекватна переживаниям. Сон недостаточный с большим количеством сновидений, течение вялое, однообразное, без резких колебаний в ту или иную сторону.

Переведен на инвалидность.

Распознавание артериосклеротических расстройств психики

Если иметь в виду вполне выраженные случаи заболевания, то диагноз не представляет особенных затруднений. Типично медленное, подкрадывающееся течение, субъективные жалобы на головные боли и головокружение, ослабление работоспособности, не устраняемое даже продолжительным отдыхом. Характер заболевания становится вполне ясным, если дело доходит до инсультов, дающих в отличие от прогрессивного паралича стойкие явления выпадения. В этом периоде клиническая картина может представлять известное сходство с прогрессивным параличом, но помимо медленности течения, особого характера слабоумия, в котором больше поражены отдельные способности, чем вся психика в целом, опорным пунктом являются данные неврологического и серологического исследования.

Ослабление световой реакции при артериосклерозе не бывает таким абсолютным, как при параличе, и кроме того обычно расстраивается реакция не только на свет, но и на аккомодацию и конвергенцию. Явления выпадения (гемипарезы, афазии и т. п.), которые наблюдаются после инсультов, в отличие от того, что бывает при параличе, характеризуются своей стойкостью. Имеет значение измерение кровяного давления, которое вместо нормальных 70 минимума и 110 максимума дает 90—100 и 180—200. Большое значение имеет отрицательная реакция Вассермана в крови и жидкости. Глобулиновые реакции в жидкости никогда не бывают так отчетливы; плеоцитоза также не бывает.

Патологическая анатомия и патогенез

Артериосклеротические расстройства мозга принадлежат к числу заболеваний, наиболее изученных в анатомическом отношении. Не все еще ясно относительно генеза отдельных явлений, но несомненно, что на артериосклероз нужно смотреть как на особый соединительнотканый процесс. Как в других органах, так и в мозгу между деятельными элементами и поддерживающей тканью имеет место состояние известного равновесия. При наличии определенного соматического склада с соответствующими особенностями в обмене веществ перевес в соединительной ткани, в известном возрасте представляющий физиологическое явление, может наступить слишком рано и привести к совершенно патологическим картинам.

Склероз сосудов головного мозга в ряду таких же процессов в других органах занимает далеко не первое место, по Рокитанскому—только девятое.

Находясь в связи с общим склеротическим процессом во всем организме, артериосклероз головного мозга развивается большей частью не параллельно изменениям других областей сосудистой системы; при значительном склерозе сосудов головного мозга такие же изменения во внутренних органах могут быть небольшими и наоборот. Все же при вскрытиях трупов больных с артериосклеротическим помешательством обычно приходится констатировать и гипертрофию сердца и атероматоз аорты, иногда с расширением ее, и склеротические изменения почек и других внутренних органов.

В головном мозгу за исключением самых начальных случаев ■ осложненных отеком мозга обычно наблюдается атрофические изменения, ведущие к общему уменьшению веса и объема мозга.

По П. Кирхбергу кривая плотности веса смещается влево, хотя и не так сильно, как при прогрессивном параличе помешанных. Кости черепа часто бывают утончены. Мутность мягкой мозговой оболочки, разрастание пахионовых грануляций также представляет обычное явление. Серое вещество коры часто бывает атрофировано, в связи с чем извилины утончаются. Эти изменения в отличие от прогрессивного паралича распределяются по различным отделам без особой правильности. Боковые желудочки, а в меньшей степени и другие желудочки часто оказываются расширенными. Эпендима желудочков часто бывает шероховата. Понятно, что наиболее существенными и определяющими характер процесса являются изменения сосудов. Более важным для генеза расстройств в душевной сфере нужно считать изменения артерий самого вещества мозга, в которых особенно часто встречаются известковое перерождение mediae и гиалиноз мелких сосудов. В артериях основания, как и в других крупных артериях тела, чаще всего встречается атеросклероз Маршана, и, хотя нет строгого параллелизма между изменениями сосудов этой группы и тех, что находятся в самом веществе мозга, все же по сосудам основания можно приблизительно ориентироваться в состоянии мозговых сосудов. Поэтому при вскрытиях всегда обращают внимание на основание мозга и расположенные здесь артерии. Прежде чем говорить об изменении их стенок, мы хотели бы обратить внимание на то, что нередко при церебральном артериосклерозе, как и при других психозах, встречаются не совсем обычное расположение

сосудов
этих артерий
чем в других
мозга
явления
случая
звонок
вой), т
Наиболее
к этой
щей ч
повышен
имеет
ходит
услови
чение
бываю
сонных
следни
склеро
артери
риоскл
мягчен
зрител
в душ
к вуль
коры
иногда
структ
Но
артери
зуются
сосуда
какую
ее рас
склеро
Вокру
интенс
элемен
дегенер
васкул
обмена
мости
вичным
так ве
сосуди
ния. П
киста,
участи
полост
более
даря б
жить т
освобо
обычно
и кров
стей на
щееся
ткани.
Но
с некро
Горазд
или ме
разрыв

сосудов и различные отклонения в образовании виллизиева круга. Роль этих аномалий для артериосклеротического помешательства видимо больше, чем в других случаях, так как они могут изменить условия кровоснабжения мозга и способствовать таким образом развитию некоторых патологических явлений. Мы при мозговом артериосклерозе значительно чаще, чем в других случаях, констатировали, что основная артерия образуется не из обеих позвоночных, а главным образом или почти исключительно из одной (чаще левой), тогда как другая представляет тоненькую, едва проходимую веточку. Наиболее значительные атероматозные изменения обычно и приурочиваются к этой расширенной сравнительно с нормой позвоночной артерии и прилежащей части основной. Конечно в генезе артериосклеротических изменений повышенное кровяное давление играет далеко не главную роль, но и оно имеет известное значение; поэтому, если одной позвоночной артерии приходится выполнять функции обеих, это создает для нее неблагоприятные условия и способствует ее заболеванию. Такое же до известной степени значение может иметь отсутствие одной из двух *art. communic. post.* Изменения бывают наиболее резко выражены в основной, позвоночных и внутренних сонных артериях; они часто сопровождаются образованием аневризм; последние встречаются и в более крупных ветвях мозговых артерий. Артериосклероз и образование аневризм нередко имеют место и в мозжечковых артериях. Частую, хотя все-таки не обязательную находку в мозгах артериосклеротиков представляют свежие кровоизлияния и более старые размягчения. Кровоизлияния, в том числе и более мелкие, очень часты в области зрительного бугра и вообще основных ганглиев. Для развития расстройств в душевной сфере важны не кровоизлияния такого типа, которые ведут к вульгарным гемиплегиям, а более мелкие кровоизлияния и размягчения коры полушарий, еще большее значение имеют диффузные изменения, хотя иногда и заметные простым глазом, но вполне ясно раскрывающие свою структуру только при микроскопическом исследовании.

Неравномерность изменений в различных областях, свойственная вообще артериосклерозу, типична и для процессов этого рода, если они локализуются в мозгу. Как правило поражаются не все сосуды, и в пораженных сосудах изменения выражены далеко не в одинаковой мере; если взять одну какую-нибудь мозговую артерию, вообще более измененную, то и в области ее распространения имеет место та же неравномерность, и рядом с сильно склеротическими артериолами могут сохраниться почти нормальные сосуды. Вокруг таких наиболее пораженных сосудов концентрируются и наиболее интенсивные изменения нервной ткани. Они сводятся к дегенерации нервных элементов с значительным разрежением в более выраженных случаях. На дегенеративные процессы указывает наличие зернистых шаров в периваскулярных пространствах, глыбок пигмента и липоидных продуктов обмена. Интенсивность всех этих изменений находится в строгой зависимости от степени поражения сосудов, процесс в которых нужно считать первичным и определяющим все остальное. Если изменения какого-либо сосуда так велики, что дело доходит до полного закрытия просвета или разрыва сосудистой стенки, то возникают давно известные картины размягчения. При поражении более крупного сосуда образуется в дальнейшем киста, ограниченная стенками, в образовании которых принимает большое участие соединительная ткань, происходящая из адвентиции сосудов; внутри полости часто можно обнаружить отдельные облитерированные сосуды, более или менее сохранившиеся среди разрушенной нервной ткани благодаря большей своей резистентности. В стенках кисты часто можно обнаружить темную пигментацию, имеющую своим источником кровяной пигмент, освобождающийся при разрушении эритроцитов. В окружности кисты обычно разрастание глии, иногда амилоидные тельца. При размягчениях и кровоизлияниях, имеющих своим источником более мелкие сосуды, полости на месте разрушенной нервной ткани не образуется, так как освобождающееся пространство целиком заполняется разрастанием поддерживающей ткани.

Но далеко не во всех сосудах дело доходит до таких грубых изменений с некрозом нервной ткани или ее размягчением вследствие кровоизлияния. Гораздо чаще процесс ограничивается более начальными стадиями с более или менее значительным утолщением стенок сосуда, но без облитерации и без разрыва. При таких условиях питание ткани также страдает, хотя и не в та-

кой мере. Утолщение стенок сосудов и уменьшение просвета ведут к тому, что они не могут с достаточной полнотой выполнять свое назначение подвоза питательного материала, к тому же и самые стенки становятся менее проходными, благодаря этому питание участков, снабжаемых такими измененными сосудами, оказывается нарушенным в более или менее глубокой степени. Естественно, что нервные элементы, как более чувствительные к различным вредным моментам, страдают больше, чем поддерживающая ткань, и подвергаются дегенерации и гибели. Вследствие неполного прекращения притока питательного материала эта гибель наступает не сразу ■ охватывает не все элементы. Чем дальше идет склеротический процесс в сосудах, тем большее количество нервных элементов погибает, и тем **р а з р е ж е н и е** **о к а з ы в а е т с я** собственно **н е р в н а я** **т к а н ь**. В то же время невроглия, как более устойчивая, не только не некротизируется, но даже разрастается, замещая собой убыль в нервном веществе. Проллиферации преимущественно подвергается волокнистая глия; увеличивается также количество астроцитов. В общем наблюдается картина **р е п а р а ц и о н н о** **г л и о з а**; в далеко зашедших случаях она захватывает мозг на большом протяжении, но все же концентрируется главным образом вокруг сосудов. Гиперплазированным оказывается и периферический глиозный слой, но утолщение его еще более неравномерно, в нем часто констатируются узлы особенно сильного разрастания глии вокруг сосудов, входящих в вещество мозга из мягкой мозговой оболочки. Для всех артериосклеротических изменений очень характерна необычайная неравномерность их в смысле интенсивности по различным участкам. Даже в случаях с резко выраженными в общем изменениями можно найти островки с почти полной сохранностью нормальной структуры и клеток и волокон, причем рядом с ними могут быть участки с полной гибелью нервных элементов и с резко выраженным глиозом. Раз начавшись с одного или нескольких сосудов и питаемых ими участков, процесс обнаруживает тенденцию к упорному прогрессированию. Помимо того, что в этом сказывается продолжающееся действие тех же общих причин, процесс запустения известных сосудов или даже только значительного сужения просвета является лишним моментом, способствующим прогрессированию процесса. Нужно иметь в виду, что запустение или вообще сужение кровяного русла в области распределения известного сосуда повышает кровяное давление в этой области. Затем имеет значение, что вследствие уменьшенной эластичности измененных сосудов при волнениях ■ других состояниях, сопровождающихся гиперемией, сосуды, утратившие в известной мере свою эластичность, в большей степени страдают от повышения кровяного давления, чем сосуды совершенно нормальные. Все это ■ большей мере сказывается в участках ткани, прилежащих к очагу размягчения с запустением значительного количества сосудов на небольшом пространстве.

Таким образом сущность процесса при мозговом артериосклерозе сводится к более или менее значительному **р а з р е ж е н и ю** **н е р в н ы х** **э л е м е н т о в** и к **г л и о з у**. Разрастание глиозных элементов, как это бывает и в других случаях, не вполне покрывает собой образующуюся убыль вещества, так что в конечном итоге остается довольно существенное разрежение. Более мелкие очаги его хорошо видны под микроскопом при слабом увеличении в виде светлых полос и пятен, в середине которых обычно виден сосуд с утолщенными стенками. Зона разрежения не образует большей частью правильных кругов вокруг сосудов, которые обычно помещаются эксцентрично в разрежениях округлой формы. Часто зона разрежения дает от себя боковые ответвления, видимо соответствующие непопавшим в разрез более мелким веточкам главного сосуда. Не в самых начальных случаях разрежение ясно заметно и простым глазом, особенно на окрашенных препаратах. Разрежения в белом веществе очень хорошо выступают на препаратах, окрашенных по Вейгерту, в виде округлых белесоватых пятен на черном фоне (рис. 60). В еще более резко выраженных случаях говорят об особом решетчатом состоянии—*état criblé* французских авторов (рис. 61). Обычно образование полостей, образующихся по типу кист размягчения, комбинируется с общим разрежением ткани. Описанные изменения могут наблюдаться во всех отделах полушарий и других отделах головного мозга.

Что касается вопроса о более или менее типичном распределении изменений по различным слоям коры или системам волокон, то нужно сказать, что в этом отношении нельзя установить какой-нибудь правильности, так

как могут быть поражены все слои и все системы в самых пестрых сочетаниях. Так как первичным нужно считать изменение сосудов, то если и есть какая-нибудь типичность в распределении склеротического процесса, ее нужно искать в самих сосудах, их распределении, особенностях, свойственных тому или другому отделу. Здесь, оказывается, приходится считаться с тем, что кора и подлежащее белое вещество имеют свои до известной степени обособленные системы сосудов. Еще Дюре установил, что нужно различать три группы: первая состоит из мелких артерий, питающих только серое вещество коры, вторая—из более длинных сосудов, предназначенных только для белого вещества и не дающих веточек, пока они проходят от мягкой мозговой оболочки через кору, наконец в третьей группе артерии более или менее одинаково разветвляются и в коре и в белом веществе. Хотя в новых работах (Пфейфер и другие) верность этой схемы оспаривается, все же деление на указанные группы сосудов должно быть сохранено. На эти особенности в распределении сосудов обратили внимание Бинсвангер и Альцгеймер. Они констатировали, что преимущественно поражается одна какая-нибудь система сосудов, благодаря этому в зависимости от того, какая группа поражена, наблюдается более или менее своеобразная картина склеротических изменений. В случае поражения мелких сосудов коры процесс ограничивается только серым ее веществом, изменения распределяются в виде мелких очагов вокруг запустевших сосудов. Такие очаги заустения чаще всего бывают в области II и III слоев, они большей частью имеют овальную форму, своим длинником направленную перпендикулярно к поверхности коры. Как обратил внимание К. Нейбюргер, не всегда к образованию таких очагов ведут утолщение стенок сосуда и его заустение, а иногда только спазм сосудов, благодаря которому нарушается питание нервных элементов и они дегенерируются; иногда имеет место кровоизлияние *per diapedesin* без разрушения стенки сосуда, а вследствие функциональных изменений в ней, дающих в результате большую порозность. Такая форма особенно часто встречается в старческом возрасте, почему Альцгеймер и назвал ее старческим заустением коры. Он же выделил другую форму с преимущественным поражением сосудов третьей группы. Изменения здесь охватывают и кору и подлежащее белое вещество, концентрируясь вокруг пораженного сосуда. Это—тип *perivascular gliosis*. В случаях с наибольшей локализацией главным образом в сосудах второй группы поражается подкорковое белое вещество, тогда как кора и ассоциационные пути почти не изменяются. Самым характерным анатомическим признаком здесь нужно считать атрофию белого вещества, которая обыкновенно сильнее всего бывает выражена в височных и затылочных долях. В конечных стадиях на значительном протяжении имеет место гибель нервной ткани с образованием рубца. Эта в общем более редкая форма связывается с именем Бинсвангера. Он дал ей название подкоркового энцефалита, но в сущности воспалительных явлений здесь не больше, чем при других формах, и термин «энцефалит» в данном случае хотя и получил право гражданства, но не отражает сущности явлений. К этим трем основным формам, которые являются общепринятыми, Якобсон предложил прибавить еще четвертую, так называемый артериосклеротический бульбарный паралич с локализацией изменений преимущественно в продолговатом мозгу и основных ганглиях. Конечно чистые формы с изменениями только одного типа редки, и чаще встречаются случаи, представляющие комбинацию признаков различных типов, обыкновенно с преобладанием одного из них. В некоторых случаях, которые также можно было бы выделить в особую группу, наибольшим изменениям подвергается стриопаллидарная система и в частности *pallidum*. При этом наблюдаются своеобразные изменения в двигательной сфере, ригидность мускулатуры, как бы окоче-

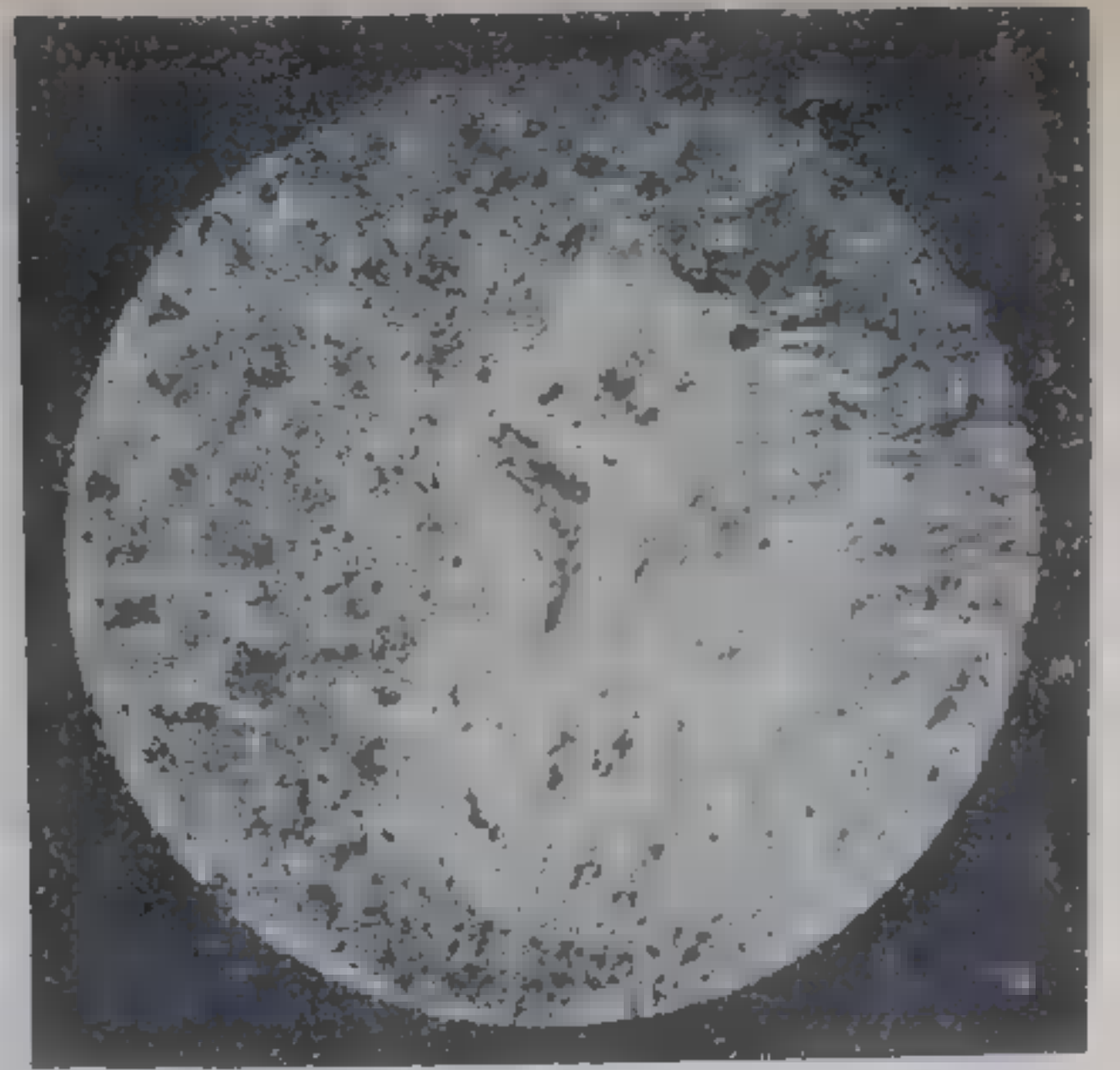


Рис. 60. Разрежение ткани вокруг измененного сосуда.



Рис. 61. Мелкие пустоты и разрежения вокруг сосудов.

На примере артериосклеротических расстройств особенно ясно можно убедиться, каким ценным руководителем может быть патологическая анатомия при разрешении вопросов о патогенезе и при объяснении клинических явлений. Общеизвестные симптомы начальных стадий артериосклероза—общее ослабление интеллектуальных процессов, больше с характером количественного ослабления, известная тугость восприятия и усвоения, медлительность мышления, удлинение времени реакции, повышенная утомляемость при интеллектуальной работе—несомненно стоят в зависимости от недостаточного питания нервных элементов и от того, что ставшие менее эластичными сосуды не в такой мере могут приспособляться к предъявляемым требованиям. Благодаря замедлению времени реакции новые впечатления остаются в сознании более короткое время; это в связи с пониженным питанием нервных элементов ведет к ослаблению памяти, в особенности на текущие события. В силу сказанного понятно, что первое время страдает главным образом механическая память, хотя позже при усилении склеротических изменений и уменьшении количества ассоциационных волокон расстраивается и ассоциационная память. В дальнейшем вместе с все больше увеличивающейся убылью нервных элементов прогрессируют и клинические симптомы, входящие в понятие дементности: ослабление соображения и критики, эмоциональное слабодушие, угасание творческой инициативы и высших интересов. Но вследствие того, что изменения начинаются только с отдельных участков, причем и дальше даже при большом распространении склеротического процесса некоторые части мозга остаются почти непораженными, ослабление интеллекта долго носит особый характер: при большой затронутости отдельных сторон, как например памяти, сохраняются основные черты психической личности, часто и созна-

нение ее (arteriosclerotische Muskelstarre Ферстера). Участие в артериосклеротическом процессе подкорковой зоны может повести к появлению в клинической картине вместе с обычными явлениями приступов сонливости не в форме придремывания, которое довольно обычно у пожилых людей и у больных с органическими повреждениями, а в форме периодически наступающих состояний сна, напоминающих нарколептические. Кроме этих более или менее установленных форм нужно указать на попытки некоторых авторов выделить из общей массы артериосклеротических изменений некоторые новые, которые они считают совершенно обособленными.

ние св
довате
те р
слабо
ности
ниях
сумма
больш
помин
при
артер
бые с
томи
вани
ствах
функ
ния,
ческо
вожд
и вол
в ре
Так
то пр
дени
I
ные
с эти
трон
про
поэт
щие
и эл
бен
из с
кар
в св
зна
в о
рог
н е
Осл
оче
огр
все
слу
н о
бле
вел
ны
и р
ств

ние своей болезни. Слабоумие, как говорят французские исследователи, здесь носит частичный, лакунарный характер в отличие от глобарного, общего, свойственного старческому слабоумию и прогрессивному параличу. При очень большой выраженности процесса могут ступенчатся и эти отличия, и в исходных состояниях разных органических процессов клиническая картина будет тем суммарнее и грубее и тем больше будет представлять сходства, чем больше прошло времени от начала заболевания. Подобно тому как помимо общих признаков слабоумия, более или менее одинаковых при всех психозах органической группы—паралич помешанных, артериосклероз, старческое слабоумие и др.,—наблюдаются еще особые симптомы, свойственные каждому из них в отдельности, так и анатомическая картина будет варьировать с переходом от одного заболевания к другому. Поэтому и при артериосклеротических расстройствах к перечисленным симптомам общего ослабления психического функционирования обыкновенно присоединяются добавочные явления, зависящие от особенностей анатомического процесса. При старческом запустении коры с многочисленными мелкими очагами, сопровождающимися гибелью значительного количества нервных клеток и волокон, на первый план выступает общее ослабление психики, в резко выраженных случаях приближающееся к глобарному типу. Так как очаги, каждый в отдельности, очень маленькой величины, то при этой форме нельзя ожидать каких-либо грубых явлений выпадения.

13 При подкорковом энцефалите, наоборот, поражаются более крупные сосуды, питающие подкорковое белое вещество; в соответствии с этим нервные клетки и ассоциационные волокна остаются мало затронутыми, и убыль нервного вещества больше приходится на долю проекционных систем и длинных ассоциационных путей. Естественно поэтому, что здесь будут преобладать симптомы, обычно наблюдающиеся при очаговых поражениях мозга, апоплектоидные инсульты и эпилептиформные припадки, моноплегии, афазии, асимболия; особенно часто бывает расстройство речи; замедление ее—нередко один из самых ранних симптомов. Иногда на первый план в клинической картине выступают судорожные припадки, стоящие в связи с органическими изменениями в веществе мозга; может иметь значение и общее сужение артериального русла, аналогично тому, что в опытах Стенона со сжатием сонных артерий получались общие судороги. Такие случаи артериосклероза некоторые называют поздней, или артериосклеротической, эпилепсией. Ослабление памяти при подкорковом энцефалите бывает выражено очень сильно, причем в отличие от старческого слабоумия оно не ограничивается только последним временем, а распространяется на все периоды жизни. К этой форме естественно относится большинство случаев, описанных раньше под именем постапоплектоидного слабоумия (*Dementia postapoplectica*). Конечно ослабление психики здесь зависит не столько от разрушения нервного вещества самим кровоизлиянием, сколько от более или менее диффузных склеротических изменений всего мозга, на почве которых оно и развивается. Периваскулярный глиоз с клинической стороны естественно должен представлять смешение симптомов двух предыдущих

форм с преобладанием общих или местных явлений в зависимости от того, изменены ли больше мелкие сосуды коры или длинные артерии белого вещества. Что касается бульбарной формы, то здесь соответствие клиники и анатомии стоит на такой высоте, которую можно требовать только от хорошо изученных процессов чисто неврологического характера.

Течение артериосклеротических расстройств, характеризующееся главным образом постепенным прогрессированием с временными приостановками и улучшениями, также легко понять, имея ■ виду существо артериосклеротического процесса: улучшение и восстановление утраченной функции в частности объясняется тем, что питание участка, снабжаемого пораженным сосудом, более или менее восстанавливается за счет коллатерального кровообращения.

Прогноз, профилактика, лечение

Предсказание при артериосклеротических расстройствах психики зависит от интенсивности болезненных изменений, от наличия симптомов, указывающих на разрушение мозгового вещества, ■ от возможности устранения тех причин, которые повели к развитию склероза. Оно значительно лучше в самых начальных стадиях, когда симптомы зависят от расстройства питания нервных элементов, ■ не от их полной гибели. В этих случаях устранение вредных моментов может дать почти полное исчезновение симптомов болезни ■ предотвратить на долгий срок их дальнейшее прогрессирование. Предсказание конечно неблагоприятно при наличии стойкой и ясной картины слабоумия, но и здесь возможны до известной степени ремиссии. Особенно неблагоприятны случаи с очень значительным повышением кровяного давления и частыми инсультами.

Церебральный артериосклероз принадлежит к тем заболеваниям, по отношению к которым профилактика может сделать очень много. Устранение вредных этиологических моментов, алкоголя, курения, перегрузки ■ работе, излишних волнений, — первое, к чему нужно в данном случае стремиться. Такой рецепт, как будто на первый взгляд простой, на самом деле оказывается в большинстве случаев невыполнимым не столько от невозможности ему следовать, сколько от недостаточного сознания его важности. Не имеющему достаточной ориентировки в вопросах патологии может показаться просто непонятным, каким образом могут быть опасны столь незначительные и распространенные факторы. Человек не привык заботиться о своем здоровье, и его силы кажутся ему обыкновенно неистощимыми. Этим грешат в особенности люди, достаточно крепкие физически, и они как раз очень часто поражаются склерозом. В этом отношении следует помнить выражение одного немецкого психиатра: артериосклероз подкрадывается на цыпочках и поражает наиболее крепкие дубы. Профилактика в особенности возможна в той части, которая касается чрезмерного напряжения нервной системы, но и здесь дело не так просто. Имеют значение также и особенности характера, которые толкают в сторону непомерной нагрузки. Человек таким образом как бы платится за свое трудолюбие и добросовестность ■ выполнении своих обязан-

ностей. Имеет значение, что человек, одаренный такими чертами, в случае заболевания артериосклерозом попадает благодаря своему характеру в особенно неблагоприятные условия: ослабление работоспособности делает труд артериосклеротика менее продуктивным, между тем он считает себя обязанным во что бы то ни стало выполнить поставленные ему задания и для достижения этой цели делает над собой большие усилия и тратит очень много времени. Это способствует усилению артериосклероза, еще большему ослаблению продуктивности труда, еще большим усилиям, и таким образом получается заколдованный круг, выход из которого—или прекращение работы, иногда может быть освобождение от лишней нагрузки или окончательный крах благодаря инсульту.

Врачу приходится тратить очень много усилий, чтобы убедить больного в необходимости разгрузить себя от излишней работы или даже перейти к менее напряженному, хотя бы хуже оплачиваемому виду труда.

Лечение сводится к мероприятиям, имеющим целью понизить кровяное давление и предупредить дальнейшее развитие склероза. При большом повышении кровяного давления показано кровопускание 200—400 см³. Полезны индифферентные ванны (35° до 20 минут ежедневно или 3 раза в неделю), ограничение приема жидкостей.

Особенно благоприятно действуют в смысле понижения кровяного давления углекислые ванны (от 5 до 15 минут сначала 3 раза в неделю, потом несколько учащая, всего 15—20 ванн в течение приблизительно месяца). Благоприятно действуют также токи Тесля д'Арсонваля. С пользой применяются впрыскивания сыворотки Трунечека в течение месяца ежедневно, так называемый гиперсол внутрь. Полезны также препараты иода, иногда стрихнина. Во Франции часто применяют иод с профилактическими целями люди, достигшие 50 лет. Полезны вытяжки из половых желез, а также гравидан. Для понижения кровяного давления предложен ряд фармацевтических препаратов: роданистый калий и натрий, каликреин, и др. Действие их остается симптоматическим. В случае инсульта—венесекция или пиявки за сосцевидным отростком, лед на голову, клизмы. После—препараты иода, стрихнина.

23. ПСИХОЗЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО И ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА

Общие замечания

В позднем возрасте в отдельных случаях могут наблюдаться психозы, чаще встречаемые в другие периоды жизни, например маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич помешанных. Однако существует довольно большая группа случаев, которые могут быть названы психозами позднего возраста не только потому, что встречаются у лиц, представляющих во всех отношениях картину увядания, но главным образом вследствие своеобразной клинической картины, основные элементы которой могут быть поставлены

в прямую связь именно с возрастными изменениями в нервной системе и во всем организме.

В одних случаях акцент ставится на изменениях, связанных с прекращением менструаций, на климактерии. Выпадение или по крайней мере ослабление функций половых желез всегда ведет к более или менее значительным изменениям во всем организме и прежде всего к нарушению эндокринного равновесия. Очень важным в этом отношении нужно считать викарное повышение деятельности надпочечников, отчасти щитовидной железы. Как результат этого появляются вазомоторные расстройства, приливы крови к лицу и голове, чувство тяжести в голове, повышение кровяного давления. Все эти изменения естественно не могут пройти без реакции со стороны психики и эта реакция иногда носит подчеркнутый патологический характер. Существенным нужно считать, что они знаменуют собой смену фаз с наступлением недифференцированной стадии, представляющей состояние известного равновесия на фоне некоторого снижения жизненного тонуса, но без ослабления интеллекта в собственном смысле. В других случаях того же возраста или несколько позже очень обычны изменения также с характером инволюции, но не только половых органов, но и всего организма и мозговой ткани, хотя не в смысле собственно старческой атрофии, наступающей позднее и носящей более грубый характер. Таким образом в позднем возрасте имеют место два различных процесса — климакс и инволюция в собственном смысле. В повседневной психиатрической работе термины «климактерический», «инволюционный» и «пресенильный» часто применяют как синонимы, но они указывают по существу на различные понятия. Инволюция, если не подразумевать под ней только инволюцию половых органов, совпадает с понятием пресениум. Таким образом по существу нужно было бы отличать две группы психозов: климактерические и инволюционные, или пресенильные. Но явления того и другого порядка так переплетаются между собой, что делить все психозы позднего возраста по признаку принадлежности к климаксу или инволюции невозможно. Керер определенно отличает климакс от инволюции, но стоящие как будто на той же точке зрения авторы новых работ о психозах рассматриваемой группы — Рунге (в VIII томе руководства Бумке) и Якоби — такое деление проводят только в заглавиях, фактически же делят их на две группы по клиническому признаку: депрессивные и параноидные. Такое деление является тоже приблизительной схемой, так как во всех случаях заболеваний позднего возраста в разных пропорциях имеются элементы депрессии и бреда преследования. При настоящем состоянии развития учения о психозах позднего возраста целесообразнее всего их рассматривать вместе.

Общая характеристика психозов климактерического и инволюционного периода

Чтобы понять сущность рассматриваемых психозов, необходимо помнить, что всякое душевное расстройство представляет в значительной мере реакцию психики на физиологические изменения в организме и на различные воздействия окружающей среды. В периоде, который носит название климактерического и инволюционного, происходит ряд изменений, затрагивающих весь организм и не безразличных для нервно-психической деятельности. Несомненно, что личность человека не является одной и той же в течение всей жизни, а испытывает ряд изменений, которые большей частью развиваются постепенно и потому бывают мало заметны, но в некоторые периоды они носят более бурный характер; в эти периоды происходят своего рода революции, подводящие итоги той кропотливой работе времени, которая идет всю жизнь, и отражающие резкие нарушения экономики организма. Такими критическими периодами являются, с одной

стороны, и
стороны, т
дается бол
короткому
Подобно т
более ран
психозам
климактер
циркуляр
полового
летия, в
жизни, т
рядом пс
ной сфер
ляют фи
свойствен
это время
стороны,
реакция,
может пр
когда пр
и полно
вованию
ственно
тяжелые

Таким
ризующ
в этом п
в психи
изменен
Какими
в этом п
зано? Я
чувстви
никовы
чая в мо
огранич
не боле
Действи
сущест
гии и т
дами п
и радос
ких во
что чи
дые го
ется па
ставит
часто
ливост
раноид

стороны, как мы раньше видели, половое созревание, с другой стороны, так называемый климакс, который у женщин сопровождается более резкими изменениями и приурочивается притом к более короткому промежутку времени, хотя существует также и у мужчин. Подобно тому как в возрасте полового созревания организм является более ранимым в смысле более легкой заболеваемости различными психозами, аналогичное явление наблюдается по отношению к климактерическому периоду. Можно указать например, что частота циркулярного психоза, наиболее значительная в том же возрасте полового созревания и постепенно убывающая в последующие десятилетия, в позднем периоде опять повышается. Как расцвет половой жизни, так и ее угасание всегда и в норме сопровождаются целым рядом психических изменений, прежде всего со стороны эмоциональной сферы, которые не выходят из известных пределов и представляют физиологическое явление. Но если психике от рождения свойственна более или менее значительная неустойчивость и если в это время она будет подвергаться неблагоприятным воздействиям со стороны, то психика легко может быть выведена из равновесия, и реакция, обычно не выходящая из физиологических рамок, легко может принять патологический характер. К тому же в это время, когда происходит смена двух периодов с переходом от активности и полноты жизни в известном смысле к редуцированному существованию вследствие понижения биологического тонуса, психика естественно бывает более неустойчива и сильнее реагирует на различные тяжелые переживания.

Таким образом даже беглый анализ основных моментов, характеризующих поздний возраст, делает понятным частую заболеваемость в этом периоде и возможность особых чисто реактивных расстройств в психической сфере. Более точный учет происходящих в организме изменений дает возможность ближе уяснить их генез и структуру. Какими чертами должны характеризоваться нарушения психики в этом периоде, принимая во внимание все, что было пока о нем сказано? Ясно, что основным элементом должно быть понижение самочувствия, депрессия. Как очень хорошо было выяснено И. И. Мечниковым в его «Этюдах оптимизма», радость жизни, столь кипучая в молодости, в дальнейшем все больше подвергается омрачению и ограничению, с тем чтобы в старости, если она является результатом не болезни, а естественного отживания, перейти в желание смерти. Действительно основой повышения самочувствия и проникающей все существо юности или девушки радости являются избыток сил и энергии и таящиеся в потенции неограниченные возможности. Если с годами понемногу убывают силы, естественно, что постепенно убывает и радость. Патология в особенности дает много ярких примеров таких возрастных сдвигов в эмоциональной жизни. Точно установлено, что число маниакальных приступов циркулярного психоза, в молодые годы резко превышающее депрессивные, к старости уменьшаются параллельно возрастанию числа депрессий. С этим нужно сопоставить, что одна и та же шизофрения в возрасте полового созревания часто дает гебефренические картины с нелепой веселостью и дурашливостью, а в среднем и пожилом возрасте обычно протекает в параноидной форме с пониженным самочувствием и бредовыми идеями

преследования. Церебральный артериосклероз, болезнь увядающего организма, в типичных случаях также характеризуется депрессивными моментами. При таких условиях, если взять за одну скобку все психические заболевания позднего возраста, то окажется, что это почти сплошь картины депрессий. Те же физиологические изменения являются источником и других основных элементов в психозах, свойственных пресениуму. Большое значение имеют понижение жизненной энергии само по себе и та психическая реакция, которую это понижение находит в сознании пациента. Прекращение или по крайней мере значительное увядание жизни пола само по себе в очень многих случаях является психической травмой, действующей на самочувствие. Это вполне естественно, если припомнить, какими психическими последствиями сопровождается обычно ослабление половой способности у мужчин более молодого возраста и иногда у женщин после операции удаления яичников. Имеет значение и сознание убывания физических и психических сил, которое действует на самочувствие еще и потому, что ясно говорит пациенту об увеличении тех трудностей, которые ему придется преодолевать в борьбе за существование. Поскольку на депрессивном фоне легко развиваются бредовые идеи не только самообвинения, греховности, но и преследования, все это входит и в картину рассматриваемых психозов. Бред преследования тем понятнее в данном случае, что угасают психическая активность и готовность к борьбе, делает человека беспомощным, заставляет его вследствие преувеличенной осторожности бояться опасности и видеть врагов там, где их нет. Еще большее значение имеет то, что ослабление физического и психического здоровья, понижая или даже уничтожая работоспособность пациента, делает его неполноценным как в собственных глазах, так и в мнении окружающих, а это создает для него такую ситуацию, которая является постоянным источником различной травматизации. Это вполне понятно, так как больной все больше утрачивает почву под ногами и все больше должен искать опору не в своих силах, а в помощи окружающих, становясь не только лишним в семье, но нередко и довольно тяжелым бременем. Понятны так же, принимая во внимание все сказанное, и изменение социальных установок пациента, все большая его замкнутость и отгороженность от других.

Для понимания структуры данных психозов и в частности генеза бредовых идей большое значение имеет кроме повышенной ранимости эмоциональной сферы тенденция задерживаться на неприятных переживаниях и оценивать их слишком высоко. Эта черта свойственна вообще меланхоликам, но здесь имеет значение следующее. Подобно тому как физическая немощность и ослабление работоспособности мешают больному сохранить свое прежнее положение в коллективе, так и известная неполноценность интеллекта исключает возможность полного уяснения ситуации, необходимого для того, чтобы отстранить возникающее подозрение и не сделать неприятных выводов. Застраившие в сознании и не нашедшие себе должной оценки переживания часто являются источником образования бреда. Принимая во внимание особенности психологии таких больных, естественно нужно ожидать, что доминирующими над всем должны быть бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, пре-

с л е д
все из
измене
период
в себе
клонно
при пе
случая
Так ка
органи
разом
у женщ
совпад
явлени
Важно
менени
возрас
и 50 год
чин об
измене
хозы ча
что у н
значени
о т я г
читель
приход
м е н т
Очень с
то уху
ослабле
ношении
видам р
держки
чения с
и слыш
разрыва
годы,—
личных
заболе
вия оди
условия
гих. Ст
ского п
же, что
жизни
шению
затрудн
хики, н
и выде
ходится
женщин

следования, отравления, ревности и т. п. Поскольку все изложенные явления представляют реакции на биологические изменения в организме, которые свойственны только определенному периоду жизни, собственно климактерические психозы не заключают в себе ничего такого, что делало бы обязательным тенденцию к неуклонному прогрессированию и исключало бы возможность улучшения при переходе в другую фазу жизни. Действительно в очень многих случаях наблюдаются более или менее значительные улучшения. Так как сущность изменений нужно связывать с общим увяданием организма и расстройством эндокринного равновесия, главным образом с выпадением функции половых желез, то начало заболевания у женщин обычно совпадает с прекращением менструаций, хотя это совпадение нередко бывает только приблизительным. Очень часто явления психоза начинаются раньше прекращения менструаций. Важно не прекращение менструаций само по себе, а те глубокие изменения в организме, на которые оно указывает. Если иметь в виду возраст как таковой, то у женщин это чаще всего бывает между 40 и 50 годами, в отдельных случаях несколько раньше или позже, у мужчин обычно между 45 и 60 годами. Принимая во внимание сущность изменений, легко объяснить тот факт, что рассматриваемые психозы чаще и в наиболее яркой форме бывают у женщин. Кроме того, что у них более отчетливо выражены явления инволюции, здесь имеет значение и добавочная этиология. Помимо наследственного отягощения, которое в данном случае не играет такой исключительной роли, как при шизофрении и циркулярном психозе, всегда приходится считаться с теми или другими экзогенными моментами, в особенности с психическими травмами. Очень существенно при этом, что последние имеют своим источником то ухудшение в жизненных условиях, которое создается общим ослаблением здоровья, и естественно, что более страдающей в этом отношении является женщина. Переход к другим, хуже оплачиваемым видам работы или даже полная потеря ее, необходимость искать поддержки у своих близких, иногда целиком делаться объектом попечения своих родных, быть им в тягость и не только сознавать, но и слышать попреки, далее нередкое разрушение семьи вследствие разрыва с мужем или его смерти, естественно очень нередкой в поздние годы,—все это создает почву, чрезвычайно благоприятную для различных тягостных и болезненных переживаний. Понятно также, что заболевания этого рода чаще бывают у людей, поставленных в условия одиночества, у вдов или вдовцов, у лиц, живущих в плохих условиях, например в большой материальной зависимости от других. Старыми психиатрами отмечалось, что явления климактерического психоза очень часто развивались у гувернанток. Понятно также, что в известные периоды жизни в связи с ухудшением условий жизни заболевания позднего возраста должны быть чаще. По отношению некоторых стареющих людей можно говорить о житейских затруднениях и вследствие меньшей активности и эластичности психики, не могущей так легко приспособляться к новым требованиям и выдерживать конкуренцию с более молодыми поколениями. Приходится считаться также с тем обстоятельством, что очень многие женщины пожилого возраста оказались выбитыми из колеи благодаря

потере своей опоры в лице мужа или сына. Естественно поэтому, что число заболеваний позднего возраста вообще и собственно пресенильных в частности за последние 15 лет очень возросло, в особенности это наблюдается в Германии.

Изложенные данные, характеризуя, с одной стороны, психопатологию позднего возраста, с другой—генез и основные моменты в структуре психозов этого периода, относятся к рассматриваемым психозам в целом. Опыт показывает, что отдельные случаи помимо основных симптомов, общих для всей группы заболеваний этого рода, представляют очень много еще и других черт, характерных именно для них.

Так как каждый психоз в своей структуре представляет много явлений, возникших как реакция на изменение жизненной ситуации для больных, а направление этого сдвига индивидуально различно, то каждый случай до известной степени представляет заболевание своего рода, тем более что на его структуре отражаются и конституциональные моменты и особенности преексихотической личности. Психические сдвиги, связанные с климаксом и инволюцией, чаще развиваются у лиц, обнаруживающих в течение жизни те или другие явления нервноности. В особенности это относится к так называемым астеническим психопатам по К. Шнейдеру, которые особенно болезненно переживают различные соматические отклонения, обычно не обращающие на себя никакого внимания. Из общей массы заболеваний можно все же выделить несколько типов, каждый из которых может претендовать на известную самостоятельность.

Число отдельных форм, которые пытались выделить различные исследователи, очень велико, и мы можем дать краткую характеристику тех немногих форм, положение которых мы считаем более прочным.

Клиника психозов климактерического и инволюционного периода

В некоторых случаях можно говорить об **и н в о л ю ц и о н н о й и с т е р и и** как об особой группе истерических реакций, свойственных пресениуму. Подобно тому как условия, благоприятные для развития истерических реакций, создаются при начинающемся церебральном артериосклерозе, так это имеет место и здесь. Общими являются эмоциональная неустойчивость и чувствительность, облегчающие появление вообще невротических реакций, ослабление физических и психических сил, заставляющее в бегстве в болезнь искать спасения от тяжелой жизненной ситуации, и известное уплощение психики, позволяющее из различных возможных защитных реакций использовать только наиболее грубые, свойственные вообще ограниченной и примитивной психике. Подобно так называемой истерии развития инволюционная истерия чаще развивается у женщин. Аналогию между ними можно видеть и в других отношениях: и там и здесь происходит смена двух периодов, более всего затрагивающая область переживаний, связанных с жизнью пола и ведущих к эмоциональной неустойчивости, и там и здесь имеют значение известная слабость и неполноценность интеллекта, в одном случае врожденная, в другом связанная с пресениумом. В картине болезни кроме общих изменений психики, свойственных пресенильному периоду и более

или менее заметному психическому оскудению, наблюдаются очень большая эмоциональная неустойчивость, раздражительность, плаксивость, спазмы в горле, истерические припадки. В этиологии особенно большую роль играет психическая травматизация, иногда и в прошлом отмечаются известная неустойчивость и более или менее ясная склонность к истерическим реакциям. В дальнейшем течение болезни обычно характеризуется нарастанием явлений психической слабости и симптомов, свойственных пресенильным психозам, вместе со ступецианностью симптомов, относящихся к истерическим реакциям. Мысль об инволюционной истерии впервые была высказана Бумке. Более полное развитие этого понятия и описание клинической картины было дано независимо друг от друга Т. А. Гейером и нами. В позднем возрасте вообще наблюдается склонность к депрессиям в виде приступов, возникающих иногда реактивно, иногда же без всяких внешних толчков, но здесь речь идет не просто о депрессии, а о довольно характерной клинической картине.

Всеми авторами выделяется как нечто обособленное так называемая инволюционная меланхолия. Доминирующее положение при ней занимают депрессивные моменты с тоскливостью, идеями самообвинения, греховности, иногда бредовые идеи преследований. Характеристика этой формы лучше всего определяется путем отграничения ее от тех случаев циркулярного психоза, первые признаки которого развиваются в позднем возрасте и носят меланхолический характер. Инволюционная меланхолия впервые была выделена Крепелином из общей массы психозов позднего возраста, как нечто совершенно особое от циркулярного психоза. В дальнейшем выяснилось однако, что отграничение в данном случае не так легко, так как некоторые случаи, относимые Крепелином к инволюционной меланхолии, по дальнейшему течению оказались принадлежащими к циркулярному психозу. Дифференциальнодиагностические затруднения тем более могут быть велики, что все психозы, в том числе и циркулярный, если развиваются в позднем возрасте, носят на себе печать пресениума.

Это дало повод Дрейфусу и некоторым другим психиатрам отрицать вообще существование инволюционной меланхолии, рассматривая все случаи, описываемые под этим именем, как несколько видоизмененную в своей симптоматике благодаря позднему возрасту фазу циркулярного психоза. Однако такой взгляд нужно считать ошибочным. Имеются тщательно прослеженные случаи, в которых во всем течении нельзя подметить никаких намеков на циркуляцию; а самое главное, в структуре таких случаев можно подметить своеобразные и несвойственные циркулярному психозу черты. Так обычно не наблюдается сколько-нибудь выраженных явлений заторможенности; иногда, наоборот, можно констатировать довольно большую живость и даже приступы двигательного возбуждения. Обращают на себя внимание большая замкнутость и иногда малая доступность больных, причем эти черты отличаются от того, что имеет место у меланхоликов циркулярного ряда. Тоскливость по своей глубине не уступает тому, что наблюдается при циркулярном психозе, что видно из нередких попыток на самоубийство; последние иногда делаются очень упорно, и ввиду сравнительной сохранности интеллекта все приготовления совершаются так искусно и так незаметно для окружающих, что ничто не мешает их осуществлению, и самый факт самоубийства нередко является совершенно неожиданным. Но в структуре бредовых идей наблюдается много особенностей. Вместе с идеями греховности и самообвинения, разорения, обнищания имеются бредовые идеи преследования, и притом в большей пропорции, чем это свойственно циркулярному

психозу. Появление в сознании различных неприятных ощущений, связанных с инволюционными изменениями организма, направляет внимание в сторону болезни и является причиной доминирования гипохондрических представлений и играющего большую роль в психологии больных гипохондрического бреда. Для характеристики этих случаев имеет значение также то, что наследственные взаимоотношения бывают не такие, как при маниакально-депрессивном психозе. Течение болезни очень длительное. Картина меланхолии устанавливается после более или менее длительного периода общих нервных явлений, характерных для пресениума. Все болезненные проявления с известными колебаниями могут длиться ряд лет, заканчиваясь иногда более или менее значительным улучшением. Вместе со ступеневым симптомом депрессии и связанных с ними бредовых идей наблюдается однако если не вполне выраженное слабоумие в собственном смысле, то заметное понижение психического тонуса. Иногда картина меланхолии держится без значительных изменений вплоть до самой смерти, причем на этой, так сказать, хронической меланхолии все более становится заметна печать известного деградирования, зависящая отчасти от нередко присоединяющегося артериосклероза.

В некоторых случаях вместе с тоскливостью наблюдается б о я з л и в о е в о з б у ж д е н и е. Болезненные явления развиваются быстро и характеризуются бессонницей, идеями самообвинения и преследования, стремлением к самоубийству. При явлениях спутанности и отказа от пищи дело обычно быстро кончается истощением и смертью. Эти случаи многими авторами обособляются в качестве а ж и т и р о в а н н о й м е л а н х о л и и п о з д н е г о в о з р а с т а или Angstmelancholie. Медов описывает под именем меланхолии с о ц е п е н е н и е м (erstarrende Melancholie) особые случаи другого рода, относя их скорее к климаксу, а не к пресениуму. Болезнь развивается у женщин, у которых и раньше была склонность к депрессивным состояниям боязливо-гипохондрического характера, хотя и не относящимся к циркулярному кругу. Характеристика сводится к тоскливости, страхам, но вместе с тем к тупому равнодушию с кататоническими чертами, с бедностью мысли и как бы оцепенением всего состояния.

В другой группе случаев доминирующими в картине болезни являются бредовые идеи, главным образом преследования, так что имеются основания говорить в зависимости от особенностей случая о п р е с е н и л ь н о м п а р а н о и д е, пресенильном бреде у щ е р б а (Крепелин) или и н в о л ю ц и о н н о й п а р а н о и е (Клейст). То, что в одном случае на первый план выдвигаются меланхолические явления, а в другом—паранойяльные, зависит повидимому от конституциональных особенностей, на которые главный акцент ставит Клейст. Болезнь развивается после того, как в психике ясно уже обозначились черты пресениума обыкновенно в связи с какими-нибудь переживаниями, явившимися значительной психической травмой—потеря места, уплотнение в квартире или выселение, ссора с близкими, расхождение мужа с женой, потеря детей. Больные начинают замечать странное отношение к себе со стороны окружающих, подозрительные взгляды, шопот между собой; в разговоре слышатся часто различные обидные намеки; на улице, в трамвае и всюду попадают одни и те же лица. В развитии бредовых концепций играют большую роль различные неприятные ощущения и галлюцинации, особенно слуховые. Направление, в котором идет образование бреда, обыкновенно определяется теми моментами, которые играют особенно большую роль в болезненном мирозерцании больного. Так как одним из наиболее существенных моментов является прекращение или по крайней мере увядание жизни пола, то очень часто приходится встречать бредовые идеи, окрашенные сексуальностью. Чаще всего это бредовые идеи ревности. Больной кажется, что

причин
женщин
знаком
вается
сграни
преслед
заговор
идеи в
держан
Больна
мыми в
на свеж
магах,
знаком
ные уч
сексуал
ные ош
половы
вития б
ческого
начина
татом
ные го
такие
говори
рого о
как с
вают у
иногда
кими-т
забере
ций п
с каки
с самы
то так
собств
связы
нибуд
после
ядови
труба
ишися
Типич
не вых
сти, к
некот
нител
шую
кающ
видно
если у

причиной охлаждения к ней мужа является увлечение его другой женщиной; она начинает подозревать его в измене с кем-нибудь из знакомых, с подругами дочери, с домработницей, иногда бред связывается даже с дочерью или сестрой самого больного. Дело обычно не ограничивается только ревностью, но выступает на сцену и бред преследования, отравления. Создается убеждение в существовании заговора, в котором принимают участие муж и любовница. Бредовые идеи все укрепляются благодаря слуховым галлюцинациям, в содержании которых больная находит подтверждение своим мыслям. Больная или больной вступает в объяснение со своими воображаемыми врагами, принимает различные меры, чтобы вывести изменника на свежую воду, подслушивает, перехватывает письма, роется в бумагах, иногда вступает на путь активной защиты своих прав, жалуется знакомым на причиненные несправедливости, подает жалобы в различные учреждения, становится агрессивной. Иногда бред тоже с ярким сексуальным содержанием носит иной характер. Различные неприятные ощущения, нередко испытываемые такими больными в области половых органов или в других местах тела, дают материал для развития бреда физического воздействия несколько особенного и специфического характера. Больная (обычно такой бред бывает у женщин) начинает думать, что испытываемые ею ощущения являются результатом каких-то махинаций кого-либо из окружающих. Иногда больные говорят, что различными машинами их заставляют переживать такие ощущения, которые бывают при половом акте. Одна больная говорила, что ей навязывают какого-то электрического мужа, которого она не видит, но которому это не мешает проделывать с ней все, как с последней проституткой. В других случаях больные высказывают убеждение, что половой акт с ними проделывается во сне и что иногда они специально для этой цели подвергаются усыплению какими-то пахучими средствами. Иногда больная заявляет, что она уже забеременела и скоро должна родить. Типично для бредовых концепций пресенильных больных то, что бред связывается как правило с какими-либо определенными лицами из числа окружающих, иногда с самыми близкими людьми, со знакомыми или если и не со знакомыми, то такими, которые играли ту или другую роль в переживаниях, способствующих развитию болезни. Часто например бред преследования связывается с соседями по комнате, после того как с ними были какие-нибудь столкновения, с сослуживцами или начальством по службе после каких-нибудь трений. Одна больная стала думать об отравлении ядовитыми газами после того, как вследствие неисправности в печных трубах в комнату, где она жила, проникли какие-то газы, развивавшиеся при производстве в мастерской, находившейся этажом ниже. Типичным нужно считать также то, что бредовые идеи обыкновенно не выходят из пределов возможного, не носят характера той абсурдности, которая свойственна прогрессивному параличу помешанных или некоторым случаям шизофрении. Это конечно стоит в связи со сравнительной сохранностью интеллекта и с тем, что в генезе бреда большую роль играет психогения, именно тяжелые переживания, возникающие на почве изменившейся жизненной ситуации. Что это так, видно из возможности ступенчатости бреда и успокоения больного, если условия жизни изменятся в лучшую сторону. В некоторых слу-

чаях бред может сделаться довольно обширным и захватывает большое количество лиц. Хотя бредовые идеи все вместе представляют нечто связанное, все же систематизации в собственном смысле не наблюдается. Иногда можно отметить своеобразное явление переноса в прошлое бредовых интерпретаций, появившихся только недавно, как недавно начался и самый психоз. Вследствие своеобразных ошибок памяти больные начинают утверждать, что те преследования, которым они подвергаются, имели место и раньше, может быть всю жизнь. Это обстоятельство может иногда, особенно при отсутствии объективного анамнеза, очень затруднить точное установление начала психоза. В громадном большинстве случаев дело ограничивается бредовыми идеями преследования, но могут быть и отрывочные идеи величия; большей частью они являются как бы придатком к бреду преследования и его психологически понятным дополнением. Больную преследуют потому, что хотят отнять скопленные ею большие деньги, или потому, что завидуют ее уму, красоте. Так одна больная считала себя пророчицей, которая должна поучать людей истинной жизни, другая называла себя женой одного высокопоставленного лица и ждала, что оно возьмет ее к себе из больницы и создаст положение, соответствующее ее достоинствам.

Поведение больных более или менее соответствует доминирующим в их сознании представлениям. В зависимости от характера бреда они то замкнуты, малодоступны то очень активны, иногда наклонны к большой агрессивности. Течение длительное с большими колебаниями в сторону обострения бредовых установок и в сторону известного успокоения. В последнем смысле большое значение может иметь устранение травмирующих моментов. Значительное успокоение может наступить и по установлении в окончательной форме климактерического периода. Но даже при самом благоприятном течении личность выходит из более острых периодов болезни заметно деградированной. Вообще предсказание здесь значительно хуже, чем при инволюционной меланхолии. В дальнейшем картина вообще бледнеет, и в конце концов наступает все нивелирующее слабоумие, в котором можно найти немало явлений, говорящих об инволюции уже чисто старческого типа. Как в особенностях клинической картины, так еще больше в ее течении очень много вариаций, имеющих до известной степени значение отдельных форм.

Только что сделанное описание соответствует главным образом случаям, которые чаще всего встречаются и включают в себе основные черты группы пресенильных психозов, характеризующихся наличием бреда. Эти случаи и могли бы быть обозначаемы более общим термином «пресенильный параноид». В генезе бреда здесь большую роль играют различные неприятные ощущения и галлюцинации. В противоположность этому для пресенильного бреда преследования (бреда ущерба) характерно развитие бредовых идей на почве неправильного толкования действительных событий. С другой стороны, пресенильный бред ущерба Крепелина не тождествен с инволюционной параноией Клейста, хотя в обоих случаях приходится иметь дело главным образом с комбинаторным бредом. В первом из них — больше собственно от пресениума, во втором — от конституции, причем большую роль играет и момент реактивности. Случаи с бредом полового преследования также занимают особое положение, выделяясь характерной симптоматикой; они наблюдаются у женщин. Разнообразие клиники пресенильных психозов и неодинаковые взгляды различных авторов привели к большому количеству попыток выде-

лечь ряд особых форм под специальными названиями. Некоторые из них заслуживают внимания и потому должны быть упомянуты. Гаупп обратил внимание на случаи тоскливого возбуждения с бредовыми идеями, главным образом преследования, с склонностью к исходу в своеобразное слабоумие; по своей структуре они представляют депрессивное климактерическое возбуждение с исходом в слабоумие. Тальбитцер и Рем наиболее существенным для многих случаев считали состояние меланхолического помешательства, понимая его в смысле сочетания тоскливости с обильными галлюцинациями и бредовыми идеями. По нашим наблюдениям следует отметить существование особой группы случаев с тоскливостью, бредовыми идеями преследования и с кататоническими моментами, причем все течение довольно быстрое и через сравнительно короткое время (1½—2 года) приводит к смерти. Случаи с бредом полового преследования также занимают несколько особое положение. Вообще в области пресенильных психозов предстоит еще очень много работы.

Приведем для иллюстрации краткое описание одного случая из группы пресенильных психозов. Более всего для него подошло бы название инволюционной паранойи, но, рассматривая его особенности, можно видеть на его примере, как затруднительно отнесение пресенильных психозов к какой-либо определенной форме.

Б.-ная К., 53 лет, девица, служит в одном книгоиздательстве помощницей заведующего складом.

О наследственности больной сведений нет. Лишившись родителей в раннем детстве, она была отдана на попечение чужим людям, которые ее недолюбливали, ласки она не видела, часто была бита, росла слабым ребенком, нередко припухали шейные лимфатические железы. До 12 лет была очень религиозна, болела фантазерка, любила читать сказки, мечтала о волшебной карете, которая увезла бы ее из тяжелой обстановки в какую-нибудь сказочную страну; была обидчива, пуглива, пряталась и подолгу молилась богу. С 12 лет жизнь ее изменилась, она поступила в сиротское женское училище, успешно училась, но брала больше своим прилежанием.

Замуж не выходила, так как к людям предъявляла большие требования и во многих «разочаровывалась»; «Не судьба» — говорила она. Некоторое время проработав как массажистка, в 1902 г. поступила конторщицей в изд. «Посредник», в этот период отмечается ее сильное увлечение идеями Толстого, участвовала активно в соответствующих кружках, стала вегетарианкой. Издательство как передовое в то время часто подвергалось гонениям, у сотрудников производились обыски; работая с увлечением, она тяжело переживала эти острые моменты, нервничала, особенно расстройство проявилось в 1905 г., когда после одного из обысков и ряда неприятностей она стала плохо спать, чувствовала общее напряжение. В 1918 г. в возрасте 43 лет она снова почувствовала себя плохо, была тосклива; казалось, что она кем-то обижена, сетовала на свою бессемейную жизнь, слышала, как на улице о ней переговаривались, боялась чего-то, чтобы запутать следы, ходила по каким-то незнакомым улицам, голоса говорили: «Вот она, вот она». На этот раз болезненное состояние началось с прекращения менструаций, сначала она почувствовала, что у нее как будто стискивались ноги, все тело временами обдавало как бы жаром. Так длилось с год, затем все сгладилось, и она снова продолжала добросовестно и с интересом работать до марта 1923 г., когда в конторе была обнаружена пропажа денег. Несколько дней она находилась под впечатлением этой кражи; затем у нее сразу появилась мысль о том, что ее могут заподозрить в соучастии, стала тревожна, начала плакать по ночам, вскоре не могла сдерживаться и на службе. Однажды ей показалось, что ее в окно «сняли», она стала бояться подходить к окну, завершивала его бумагой, казалось, что на нее подозрительно смотрят даже на улице и в трамвае, считала, что в квартире один жилец за ней подсматривает. Людей делила на две половины: одна желала ей добра, другая — гибели; перестала ходить в гости, так как боялась подвести своих знакомых, ждала обыска, всех милиционеров считала за агентов МУР, думала, что письма ее прочитывают на почте. Плохо спала, появились сильные головные боли, слышала, как мужские голоса говорили за окном: «Ах, ты тень загробная». Такое изменение состояния было замечено на службе, и одна из

сослуживиц уговорила ее пойти в амбулаторию психиатрической клиники II МГУ. Вполне ориентирована, подавлена, тревожна, подозрительна, недоверчива, всех избегает, врачей боится и потому многое от них скрывает, тосклива, ждет ареста, о себе думает, как о погибшем, оплеванном, ни к чему непригодном человеке, мало разговорчива, считает, что ее обвиняют в политическом и уголовном преступлении, вся поглощена своими тревожными переживаниями. Интеллектуальный багаж сообразно полученному образованию достаточный, она хорошо осведомлена и о текущих важных общественно-политических событиях, но говорит обо всем вяло, с большим угнетением и отсутствием интереса; ко всему происходящему вокруг нее она безучастна, часто плачет; выходя в сад, тревожно озирается кругом, осматривает заборы, заборы. Память как на давние, так и на текущие события расстроена, но по видимому некоторую поправку следует сделать на ее общую заторможенность, вялость процессов. Так сначала не могла вспомнить год смерти Ленина, дала на это сильную эмоциональную реакцию, на глазах показались слезы, она повторяла: «позор, позор», затем, когда вспомнила, была рада, улыбнулась. Ассоциативная деятельность также замедлена, ассоциации бедны и однообразны, есть персеверации, дала комплексную задержку реактивного времени на слова-раздражители «урод», «жизнь», «одиночество». Способность суждения и критики не на высоте. У больной есть тенденция к диссимуляции своего состояния, она старается скрыть свои бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, преследования и ущерба, отрицает галлюцинации и мысли о самоубийстве, только на свидании она сообщила своей приятельнице о своем желании разбить очки и проглотить стекла. Внимание очень неустойчивое, больная быстро утомляется, в счете делает большие ошибки, слабодушна. Мимика однообразна, выражение лица большей частью тревожное, количество движений уменьшено, почти все время лежит в постели, на прогулку выходит по принуждению, сидит всегда в одиночестве, согнувшись и съежившись.

Через 1½ месяца пребывания в клинике, узнав о решении перевести ее на инвалидность, стала тревожиться по поводу ее права получать пенсию, не верила в хлопоты по этому поводу, так как она человек уже конченный, лишний в обществе, никому не нужный. Она постепенно выходила из своего тяжелого состояния и через 3 месяца лечения настолько поправилась, что могла быть выписана домой в хорошем состоянии: сгладились ее тревога, бредовые мысли и галлюцинации.

В некоторых случаях в картине болезни настолько видное место занимают кататонические явления, что получается значительное сходство с кататонической формой шизофрении. Независимо от этого нужно иметь в виду, что шизофрения впервые может обнаружиться в периоде инволюции, и так как она нередко протекает с кататоническими явлениями, то ей присвоено название **п о з д н е й к а т а т о н и и**.

В этих случаях обыкновенно без труда можно доказать наличие шизофренического расщепления и других основных симптомов этой болезни. Принадлежность их к шизофрении доказывается и данными наследственности. Правда, наследственное отягощение здесь нельзя предполагать особенно значительным, так как большую часть жизни не наблюдается выраженных явлений психоза, и предрасположение к шизофрении выявляется только в периоде инволюции. Но в этих случаях, как оказывается, наличие шизофренических генов особенно ясно сказывается в нисходящих поколениях, и у больных с поздней кататонией дети часто заболевают вполне выраженными формами шизофрении. В этих случаях поздней кататонии симптомы последней представляют только наиболее бросающиеся в глаза признаки, при более полном ознакомлении с ними кроме основных шизофренических симптомов наблюдаются как правило и бредовые идеи, чаще всего преследования. Правильнее было бы называть такие случаи не поздней кататонией, а **п о з д н е й ш и з о ф р е н и е й** или **п о з д н и м и д е б ю т а м и ш и з о ф р е н и и**. Но параллельно с такими случаями существует группа других, которые, представляя с первыми более или менее значительное сходство, имеют совершенно иную сущность и должны быть отнесены к пре-

сенильным психозам. В этих случаях у лиц, не представлявших ранее сколько-нибудь выраженных отклонений в психической сфере, с проявлением негладко протекающего климакса более или менее остро развивается душевное расстройство с кратковременными приступами двигательного и речевого возбуждения, со спутанностью, сменяемыми малоподвижностью. Со стороны интеллекта характерно своеобразное астеническое состояние с неспособностью разобраться в мало-мальски сложных явлениях ■ с быстро наступающей утомляемостью. Настроение нередко более или менее ясно депрессивное, возможны отрывочные бредовые идеи преследования. При этом наблюдается очень много кататонических черт: причудливых поз, движений и оборотов речи, стереотипия, негативизм и мутизм. Течение болезни характеризуется довольно быстро наступающим слабоумием, прогрессирующим общей слабости и сравнительно быстро наступающим летальным исходом при явлениях адинамии. В основе изменений в этих случаях лежат видимо резко выраженные явления аутоинтоксикации.

Анатомопатологические исследования, вообще не особенно много давшие для выяснения сущности пресенильных психозов, если не иметь ■ виду изменений внутренних органов и желез внутренней секреции, в этих случаях открывают быстро развивающийся процесс дегенерации нервных клеток, приводящий к полной гибели. Такое злокачественное течение, сравнительно быстро заканчивающееся смертью, наблюдается иногда и ■ других случаях без кататонических явлений. Летальный исход объясняется не церебральными изменениями как таковыми, а глубокими расстройствами вегетативных функций, приводящими к адинамии и истощению. Имея их в виду, до известной степени можно говорить как об отдельной группе токсической формы пресенильного психоза с злокачественным течением.

Распознавание пресенильных психозов

Одного факта развития психоза в позднем возрасте, именно между 40 и 60 годами, совершенно недостаточно для постановки диагноза пресенильного психоза, так как ■ этом периоде впервые могут появиться самые различные заболевания. Большое значение имеют явные признаки увядания, преждевременное поседение и наличие какой-то дряхлости, угасание жизни пола, прекращение менструаций, появление вторичных половых признаков другого пола—например усов и бороды у женщин. Обязательным также является своеобразное изменение психологии, приходящее вместе с пресениумом. Но и ясная во всех отношениях картина пресениума не говорит непременно за то, что психоз в этом случае не может быть отнесен ни в какую другую группу, так как все психозы, развивающиеся ■ периоде инволюции, несут на себе его отпечаток. Для диагноза пресенильного психоза необходимо, чтобы остальные симптомы в картине психоза стояли в ясной связи с сущностью пресениума. Чрезвычайно важным нужно считать требование, чтобы изменения психики шли не столько в сторону ослабления интеллекта, которое не так глубоко и ни в какой мере не может быть приравняемо к тому, что наблюдается при старческом слабоумии, сколько в сторону изменения общего фона с понижением самочувствия, с тоскливостью и в особенности с постоянным чувством тревоги и боязливого ожидания какой-то грозящей беды. Чувство тревоги, которое нужно считать кардинальным признаком, напоминает аналогичные переживания, наблюдающиеся иногда у сердечных больных; к тому же и генез более или менее одинаков. Нужно помнить также, что в генезе психоза в данном случае приходится считаться обыкновенно не только с препсихотической личностью и изменениями последней благодаря пресениуму, но и с реак-

тивными моментами, возникшими в связи с изменившейся именно благодаря позднему возрасту жизненной ситуацией. Затруднения, которые могут возникнуть при дифференциальном диагнозе, различны в зависимости от особенностей случаев. Как мы видели, не так легко иногда отграничение инволюционной меланхолии от депрессивной стадии циркулярного психоза. Опорными пунктами являются отсутствие циркулярности в течении при пресенильном психозе, отсутствие при нем ясного и стойкого заторможения, далее большой акцент на идеях преследования в бредовых представлениях, особенности препсихотической личности и наследственные данные, которые отличаются от того, что наблюдается при циркулярном психозе. Инволюционная паранойя более всего может дать повод для смешения с параноидной формой психоза. Однако пресенильным больным свойствен довольно живой аффект в противоположность тупому безразличию шизофреников. Больные могут быть замкнуты, но не в смысле аутизма и негативизма, встающих непреодолимой преградой при попытках проникнуть во внутренний мир шизофреника; нет разорванности и бессмысленности, нелепости в конструировании бредовых идей, генез которых легко может быть приведен в связь с остальными элементами пресениума. Отсутствие систематизации бреда, более острое развитие бредовых представлений, и притом в окружении симптомами пресениума с ясными чертами увядания психического тонуса, говорят против хронической паранойи. Что касается случаев с кататоническими явлениями, к тому, что сказано по отношению к инволюционной паранойе, нужно добавить следующее замечание Крепелина: примесь кататонических симптомов здесь не больше, чем в некоторых случаях прогрессивного паралича или артериосклероза, и самое главное, нарушение интеллектуальных функций носит иной характер, чем при шизофрении.

Из заболеваний, случающихся в позднем возрасте, нередко приходится дифференцировать с церебральным артериосклерозом. Критерием является отсутствие свойственных последнему субъективных и объективных признаков и иной тип нарушения психического функционирования. Пресенильной депрессии нехватает лабильности артериосклеротической психики, которой, с другой стороны, не свойственны чувство тревоги и склонность к бреду преследования. Самое характерное—это то, что при пресенильных психозах формальных нарушений интеллекта меньше, чем при артериосклерозе, а изменения личности в целом гораздо глубже. Повод к ошибкам могут дать некоторые случаи опухоли мозга, если они развиваются в позднем возрасте. При известной локализации процесса очаговые симптомы могут отсутствовать, и на первый план выдвигается картина органического психоза с понижением самочувствия, иногда с устрашающими галлюцинациями и бредовыми идеями преследования. Тщательное неврологическое исследование, которое необходимо во всех случаях, лучше всего может предохранить от диагностических недоразумений. От старческого слабоумия пресенильные психозы достаточно резко отграничиваются отсутствием свойственных последнему формальных расстройств интеллекта, в особенности памяти, соображения, критики.

В см
рилось
в виду,
собой и
нение в
лать на
летвор
рости.
быть по
Невозм
гих сл
буетсь
о само
ванны,
ных со
ри на
тонии
участл
сторо
течени
такой
полезн
носящ

Ка
с пери
с хара
себе я
медлен
хологи
назад.
номик
жизни
новка
можно
главн
то ви
не пр
и сен
помни
те же
с эм
своих
можно
опред
разви
нерви
Даль
психи
ных
циро
идуш
време
или д

Профилактика и лечение пресенильных психозов

В смысле предупреждения здесь важны все меры, о которых говорилось в общей части в главе о профилактике и гигиене. Нужно иметь в виду, что ровный и безболезненный пресениум обычно завершает собой и гладко протекающую жизнь. Большое значение имеет устранение всех травмирующих моментов. Особенно много можно сделать на пути создания для стареющих поколений возможно более удовлетворительных условий жизни, обеспечения инвалидности и старости. Создание более благоприятной жизненной ситуации должно быть первым мероприятием и для лечения образовавшегося психоза. Невозможность изменить что-либо в жизни больного в семье во многих случаях делает необходимым помещение в больницу. Это требуется во всех более тяжелых случаях с тоскливостью и мыслями о самоубийстве. При лечении полезны: постельный режим, теплые ванны, наркотические средства, иногда снотворные. При депрессивных состояниях большую пользу приносят иногда препараты овариона и спермина, гравидан. При наличии явлений гипертонии полезны углекислые ванны. Большое значение имеют участливое отношение окружающих и суггестивная терапия со стороны врача. При улучшениях и в случаях с более медленным течением полезно втягивание в работу, желательно с организацией такой обстановки, чтобы больные могли чувствовать себя не бесполезным элементом и бременем для других, а гражданами, приносящими известную пользу.

24. СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ И СТАРЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

Как мы видели в главе о пресенильных психозах, в организме, начиная с периода его окончательного созревания, все время происходят изменения с характером известного понижения биологического тонуса, находящие себе ясное отражение и в психике. Эти изменения развиваются настолько медленно и постепенно, что становятся заметны только при сравнении психологии человека известного возраста с тем, что он представлял 15—20 лет назад. Пресениум, заканчивающийся значительными сдвигами в общей экономике организма, знаменует собой вступление человека в новую фазу жизни с более или менее значительным ограничением активности в установках на окружающее и сужением остающихся в его распоряжении возможностей. При этом нужно отметить, что наступившие изменения касаются главным образом эмоциональной сферы и волевой. Что касается интеллекта, то внимательное изучение обнаруживает и в нем известные изъяны, но они не представляют ничего грубого. Для понимания сущности пресенильной и сенильной психики, равно как и соответствующих им психозов, важно помнить, что все изменения в организме во вторую половину жизни проходят те же периоды, что и в первую, только в обратном порядке. Сравнительно с эмоциональной и волевой сферой, складывающейся в самых основных своих моментах уже в очень молодые годы, полнота интеллектуальных возможностей растет еще долго после возраста половой зрелости. Это стоит в определенном соответствии с анатомическими данными, касающимися развития мозга. Как известно, ребенок рождается не с вполне развитой нервной системой, а с такой, в которой намечены только центры и пути. Дальнейшее развитие как моторики и чувствования, так собственно нервно-психической деятельности идет параллельно с дифференцированием отдельных центров и установлением между ними связей. В этом процессе дифференцирования громадную роль играет обложение нервных волокон миелином, идущее в строго определенном порядке. Как установлено Флексигом, между временем обложения миелином и периодом эмбрионального развития той или другой системы и следовательно степенью ее биологической важности

существуют постоянные соотношения, причем проекционные системы раньше получают миелиновую обкладку, ассоциационные—позже. Из последних особенно поздно заканчивается этот процесс в ассоциационных волокнах коры, и еще между 30 и 40 годами имеет место это обложение миелином, другими словами, дальнейшее дифференцирование нервных элементов и их связей. После 40 лет в нервных элементах начинаются обратные изменения, ведущие к понижению работоспособности. Показателем их является особый процесс отложения в клетках зернышек пигментно-жирового перерождения, или липофусцина, который в небольшом количестве можно констатировать начиная со среднего возраста, но чем ближе к старости, тем этих зернышек становится больше, так что в конце концов они заполняют большую часть клетки или даже всю ее целиком. Так как нервные элементы не способны к регенерации в том смысле, как это имеет место по отношению к другим органам, и можно сказать, что человек умирает с теми нервными клетками, с какими появляется на свет, то естественно, что накопление этого липофусцина, являясь результатом известных процессов дегенерации, может считаться мерилем для характеристики степени увядания клетки и уменьшения ее функциональной энергии. Последняя несомненно и в периоде пресениума не та, что в более молодые годы, а после 50—60 лет еще больше отмечена печатью упадка. Можно говорить об особой старческой психике, как о чем-то физиологическом для определенного возраста. Интенсивность этих изменений варьирует в зависимости от индивидуальных отличий, иногда она представляет мало заметные отклонения, иногда же граничит с явлениями дементности. Основные элементы этой старческой психики являются прямым последствием свойственных стареющему организму функциональных изменений, и знакомство с ними представляет большой интерес с точки зрения уяснения сущности старческих психозов и в частности старческого слабоумия. Поэтому изложению характеристики психозов в собственном смысле мы считаем целесообразным предпослать несколько замечаний относительно особенностей старческой психики, являющихся как бы преддверием к собственно психозам и фоном, на котором они развиваются.

Самым основным моментом в данном случае является **п о н и ж е н и е энергии, психической активности**, ведущее прежде всего к **ослаблению способности усвоения новых впечатлений**. Одно из центральных мест в данном случае занимает **ослабление памяти**, во многих отношениях определяющее собой все остальное. При этом в старческом возрасте отчетливее, чем где бы то ни было, выступает различие между активной и пассивной функцией памяти, между способностью запоминания новых, текущих впечатлений ■ способностью удерживать в памяти то, что было усвоено раньше. Расстройство ■ данном случае относится почти исключительно только к первой, называемой иногда также способностью восприимчивости, тогда как память прошлого обыкновенно не страдает. Эти особенности лежат в основе своеобразных установок внимания и интересов в старческом возрасте. Все возрастающие трудности, встающие на пути к овладению новыми фактами и явлениями, ведут к консерватизму мышления, непринятию новых взглядов, новых методов работы и новых условий жизни, доходящему до резко выраженного мизантропизма. Мысли все больше возвращаются к давно прошедшему, обнаруживая тенденцию вращаться исключительно в области воспоминаний прошлого, которое в противоположность чуждому и непонятному новому окружению ореолом необычайной привлекательности. Известная картина Поленова «Вся в прошлом» является очень ценной для характеристики старости вообще. С этим стоит в связи стремление стариков хвалить все старое и ставить детям и внукам примеры, взятые ими из своего давнего прошлого. Большая осторожность в подходе к каждому новому явлению, большой накопленный за долгую жизнь опыт, пользоваться которым не мешает сохранившаяся память прошлого, спокойствие и уравновешенность в высказываемых суждениях, являющихся прямым результатом известного эмоционального опустошения, сообщающего старческой психологии черты, дающие право говорить о мудрости стариков. Последняя по существу однако носит на себе штемпель определенного увядания. Старики очень часто оказываются не на высоте при оценке какого-нибудь сложного явления. Помимо чересчур больших симпатий к прошлому и недоверчивости по отношению ко всему новому правильной оценке нередко мешает и вытекающая из понижения эмоционального тонуса

тенденция
меньшей а
либо новы
выпускать
аккуратно
чрезвычай
которого
и подозри
ния и вор
гивает пр
активност
ческие эм
вости, эг
ности хар
представл
или мень
мадном б
этих изме
иначе см
ских раз
ном смыс
ных ■ во
мание св
кокетство
и беспере
няет эти
обладающ
существо
окрашени
быть пон
ческой п
мозгу на
в старчес
что все д
не так ч
глубокой
почти в
чтобы ра
ния, ну
В этих с
более сл
как бы с
другими
слабости
не тольк
стемам.
вивается
чивается
и воспа
наблюда
ства, га
смысле.
слабоум
в некот
причем
ких изм
долям м
как на
называ
нения п
по все
б о л е
образом
встреча

тенденция видеть во всем преимущественно теневые стороны. Сознание меньшей активности и работоспособности с меньшими возможностями каких-либо новых достижений заставляет стариков более цепко держаться и не выпускать из своих рук то, что они уже имеют. Отсюда их бережливость, аккуратность, склонность ограничивать себя в требованиях, а нередко чрезвычайно выраженное скопидомство и скупость того типа, яркие примеры которого можно видеть в Плюшкине и «Скупом рыцаре». Недоверчивость и подозрительность часто приводят к резко выраженным страхам ограбления и воровства. Все больше намечающееся понижение интеллекта затрагивает преимущественно более высоко стоящие способности, психическую активность, инициативу, чуткость и такт в отношениях с окружающими, этические эмоции. Все это ведет к обычным чертам старческой психики, черствости, эгоизму, ослаблению нравственного чувства. Перечисленные особенности характеризуют собой психологию старческого возраста вообще, не представляя собой явлений собственно душевного расстройства. В большей или меньшей степени они наблюдаются у всех людей за 60—70 лет, и в громадном большинстве случаев дело ими и ограничивается. Но иногда на фоне этих изменений наблюдаются более резкие расстройства, на которые нельзя иначе смотреть, как на патологию. В части случаев речь идет о патологических развитиях характера без расстройств памяти и мышления в собственном смысле, хотя общее снижение личности особенно со стороны эмоциональных и волевых компонентов несомненно. Больные обращают на себя внимание своими странностями и нелепым поведением, например усиленным кокетством и желанием нравиться, черствым отношением к своим близким и бесцеремонным отношением к их имущественным интересам. Шейд объясняет эти изменения тем, что вследствие общего погрубения личности преобладающее значение приобретают некоторые отдельные черты характера, существовавшие в нем раньше, но не в такой карикатурной форме. Картины, окрашенные печатью ясно выраженного слабоумия, в своем существе могут быть поняты как чрезвычайно резкое усиление обычных, свойственных старческой психике особенностей. Это находится в соответствии с тем, что в мозгу наблюдаются более резкие степени изменений, вообще отмечающиеся в старческом мозгу, с некоторыми однако особенностями. Не нужно думать, что все дело сводится к возрасту и что старческое слабоумие наблюдается не так часто только потому, что большинство людей умирает, не доживая до глубокой старости. В очень многих случаях люди 70 лет и старше сохраняют почти в неприкосновенности свои интеллектуальные богатства. Для того чтобы развились характерные для старческого возраста душевные заболевания, нужно, чтобы в мозгу был определенный патологический процесс. В этих случаях, как нужно предполагать, мозг или от рождения оказывается более слабым, чем другие органы, и потому оказывается несостоятельным, как бы отживающим к определенному времени, или он ослабляется теми или другими заболеваниями, наблюдающимися в течение жизни. О врожденной слабости и склонности к преждевременной изнашиваемости можно говорить не только по отношению к мозгу в целом, но и к отдельным частям его и системам. При общих изменениях с характером отмирания во всем мозгу развивается обычная картина старческого слабоумия. Если дело не ограничивается собственно атрофическими изменениями, а налицо оказываются и воспалительные и резко дегенеративные процессы, в картине болезни будут наблюдаться и обычные симптомы раздражения, эмоциональные расстройства, галлюцинации, бредовые идеи — старческий психоз в собственном смысле. В некоторых случаях изменения, характерные для старческого слабоумия, будучи выражены во всем мозгу, особенно интенсивны бывают в некоторых отделах. Это придает особый характер клинической картине, причем она варьирует в зависимости от распределения этих наиболее резких изменений. В случаях приурочения атрофического процесса к целым долям мозга возникают своеобразные картины, на которые нужно смотреть как на атипичные формы того же старческого слабоумия. Это будет так называемая болезнь Пика. Если особенно резко выраженные изменения приурочиваются к отдельным ограниченным участкам, разбросанным по всему мозгу, в клинической картине выступают очаговые симптомы — болезнь Альцгеймера. Практическое значение имеет главным образом старческое слабоумие как таковое, потому что две последние формы встречаются сравнительно редко.

Старческое слабоумие

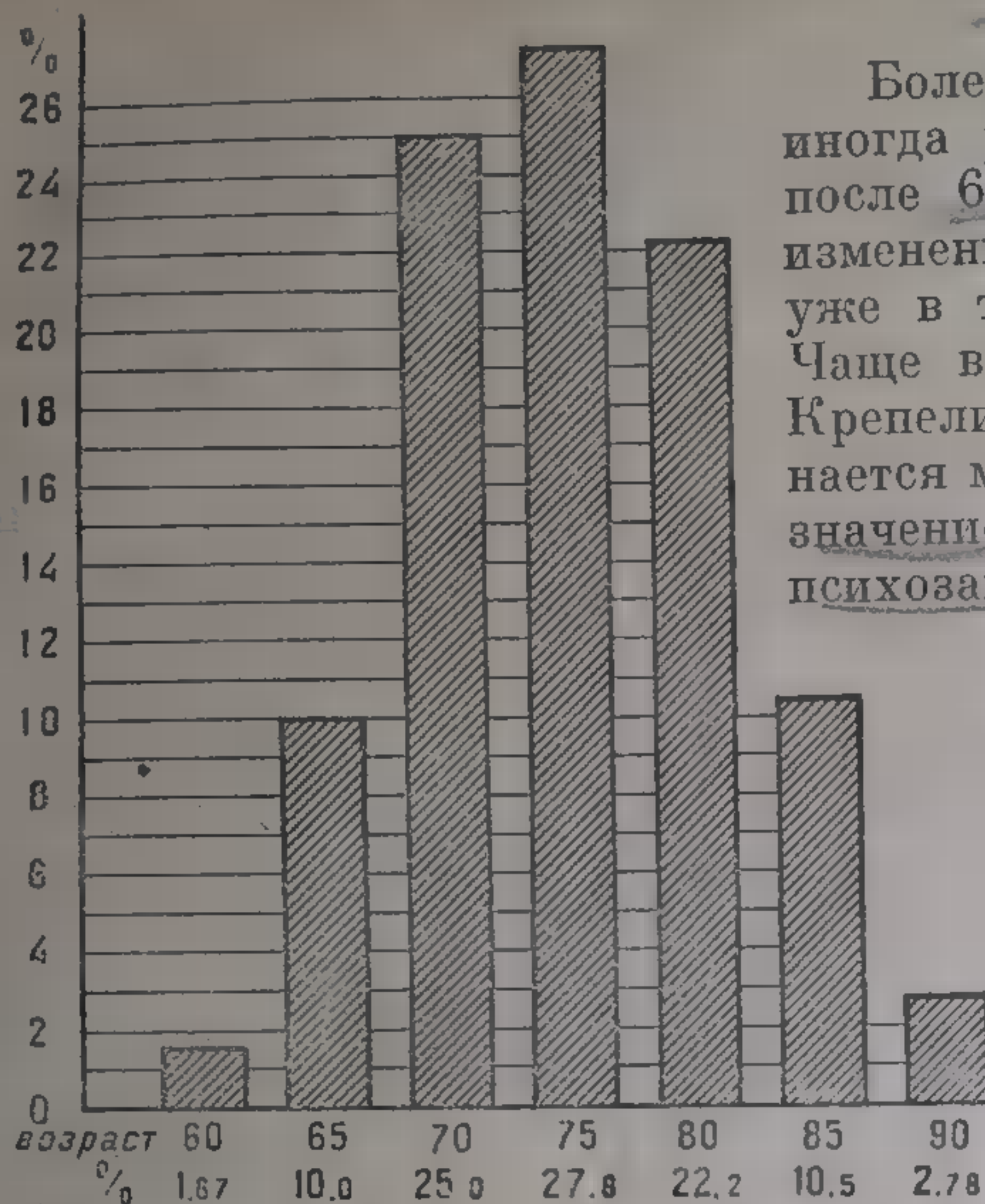


Рис. 62. Разделение 183 случаев старческого слабоумия по возрастам. Таблица Крепелина.

Болезнь развивается около 70 лет, иногда ранее, но во всяком случае после 60 лет, на фоне старческих изменений психики, отмечавшихся уже в течение некоторого времени. Чаще всего, как видно из таблицы Крепелина (рис. 62), болезнь начинается между 70 и 80 годами. Имеет значение наследственное отягощение психозами по прямой линии. Из экзо-

генных моментов более всего приходится считаться с инфекциями и вообще тяжелыми истощающими болезнями. Роль психогенных моментов в данном случае не так велика.

Дело начинается обыкновенно с изменения личности. Появляются недоверчивость, подозрительность, эгоизм; больные становятся невнимательны к исполнению своих обязанностей, рассеянны, забывчивы и

делают разные упущения. Так как речь идет о лицах, очень пожилых, обычно уже не связанных службой и живущих на попечении близких, то долгое время эти явления не обращают на себя особенного внимания; однако так как они обнаруживают ясную тенденцию к прогрессированию, то скоро становится ясной наличность душевной болезни. Вместе с увеличивающейся слабостью памяти и соображения все больше выступают странности поведения. Больные начинают плохо спать по ночам, долго не ложатся, ходя по квартире, осматривая запоры на окнах и дверях, прислушиваются к чему-то, ожидая воров и грабителей. Часто в таких хождениях проходит вся ночь, тогда как днем наблюдается большая сонливость. Больные нередко засыпают сидя на стуле, иногда даже во время обеда или среди разговора. Очень рано выступает вместе с общим эмоциональным притуплением ослабление нравственных задержек. Появляется распушенность поведения, иногда своеобразный эротизм, приводящий к заключению неожиданных браков или к совершению каких-либо попыток полового насилия, нередко направленных на малолетних или даже детей. В некоторых случаях появляется желание кутить, заводить легкомысленные знакомства, тратить много денег, лишая необходимых средств существования своих близких, не останавливаясь при случае перед воровством. Непомерная расточительность — очень частый симптом и вообще представляет нечто, очень характерное для болезни, так как находится в зависимости, с одной стороны, от болезненного возбуждения с увеличением влечений, а с другой —

обыкновенно заметна и в начале болезни, а затем все усиливается. Больные перестают поддерживать чистоту в комнате, становятся неопрятны. В период вполне выраженной болезни очень характерны симптомы, связанные с расстройством памяти. Больные начинают забывать все, что было за последнее время, и почти совсем не в состоянии запоминать текущих событий. Иногда это расстройство бывает так резко, что напоминает картины, наблюдаемые при корсаковском психозе, тем более что одновременно у больных часто можно отметить *конфабуляции и псевдореминисценции*. Однако это сходство ограничивается только одинаковыми и там и здесь расстройствами способности запоминания. При корсаковском психозе последними истощается вся симптоматика, а здесь страдает также и память давно прошедшего, и налицо кроме того оказывается и слабоумие. Типично для таких случаев, что последнее может быть не очень глубоко и вместе с тем наблюдается известная живость и веселое возбуждение, дающее известное сходство с гипоманиакальным состоянием. Такие картины обозначают термином Вернике — *пресбиопрения*. Изучение пресихотической личности у больных этого рода обычно открывает циклоидные черты. Типично для старческого слабоумия, что при очень глубоком расстройстве памяти на текущие события сведения, приобретенные в молодые годы, могут сохраниться очень хорошо. Это явление особенно поражает ввиду глубокого слабоумия больных и неспособности их разобраться в окружающих отношениях. Больной, вследствие расстройства памяти не находящий своей койки в палате при возвращении из столовой и не знающий, обедал он или нет, цитирует на память целые страницы из классиков или поражает точным знанием хронологических дат, относящихся к не особенно крупным политическим событиям. В далеко зашедших случаях ретроградная амнезия охватывает все большие периоды жизни, распространяясь на все более отдаленные события. Наиболее прочными при этом оказываются воспоминания детства и юности. Для больных с глубоким расстройством памяти характерна особая *амнестическая дезориентировка*. У них как бы стираются впечатления последних лет, вследствие чего окружающее принимается за ту обстановку, в которой они жили когда-то раньше. Преподаватель дореволюционного среднего учебного заведения, находясь в больнице, думает, что находится у себя на службе, считает главврача своим начальством и называет его господином директором. 90-летняя старушка, почти совершенно забывшая свое прошлое и сохранившая отрывочные воспоминания о некоторых событиях первых 15—20 лет своей жизни, думает, что живет еще при крепостном праве и в качестве прачки работает на свою строгую барыню. Часто она поднимает плач, не находя своего белья, которое, как ей кажется, она выстирала и только что развесила в саду. Настроение больных неодинаково в зависимости от особенностей случая и от периода болезни. Вначале оно вообще неустойчиво и часто представляется измененным в сторону тоскливости, боязливости или своеобразной неяркой веселости. В более выраженных случаях часто наблюдается ничем не мотивированная плаксивость или приступы большой шаловливости вместе с резким двигательным возбуждением. Нередко, как и при других органических заболеваниях, наблюдают-

ся насиль-
стояния
сторону
что бол
вестным
нии с он
ся конст

Неро-
сящими
тину ста
форме,
нередко
как бол
то пара
обще не
бенност
ствуют

С т
мент
и од
должны
праздно
рез 3—
осложн
септиц
больны

Бол
Все
здоровь
жаво. Е
стьянин
требов
последн
после о
в Брянс
замуж,
теру бы
строй»
хорошо
совсем
рое осл
тельными
вала и
убирали

В
в мате
движно
гретым
на ули
вают, п
котору
лепа —
по пол
совсем
итти за
ние дл

ся насильственные смех и плач. Если оставить в стороне такие состояния резко выраженных эмоциональных сдвигов в ту или другую сторону, носящих характер отдельных эпизодов, можно сказать, что больным этого рода свойственно более всего безразличие с известным благодушием, чему соответствует и приветливость в обращении с окружающими. В терминальных стадиях чаще всего приходится констатировать тупое безразличие.

Нередко течение болезни осложняется и н с у л ь т а м и, зависящими от артеросклероза, до известной степени входящего в картину старческого слабоумия, но иногда выраженного в такой резкой форме, что его приходится считать осложнением. После инсультов нередко остаются параличи черепных нервов или конечностей. Так как большей частью поражаются сравнительно мелкие сосуды коры, то параличи обыкновенно касаются только одной конечности и вообще не бывают особенно обширны. Но в зависимости от той же особенности (преимущественного поражения коры) инсульты способствуют более быстрому развитию слабоумия.

С течением времени вместе с развитием все б о л ь ш е й д е м е н т н о с т и увеличиваются ф и з и ч е с к о е и с т о щ е н и е и о д р а ж д е н и е. Вследствие слабости больные все больше должны оставаться в постели; появляется неопрятность мочой и испражнениями, развиваются пролежни. Смерть наступает обычно через 3—4 года после начала болезни от маразма или от какого-нибудь осложнения, чаще всего воспаления легких, кишечных расстройств, септицемии, источником которой нередко бывают пролежни. Иногда больные погибают от инсульта. Приведем описание одного случая.

Больная Б., 88 лет, вдова, неграмотная, поступила 4 января 1927 г.

Все родственники по материнской линии отличались исключительным здоровьем, умирали в глубокой старости, были низкого роста, выглядели молодо. Больная родилась в деревне Орловской губ., в семье крепостного крестьянина; лет 10 ее отдали в услужение к помещице, последняя была очень требовательна и деспотична, часто била и наказывала больную по пустякам; последняя несколько раз убегала домой, но отец возвращал ее обратно, и только после отмены крепостного права она, оставив службу у помещицы, переехала в Брянск, где стала работать по найму прислугой и прачкой. Вскоре она вышла замуж, имела 9 детей, в настоящее время живы только две дочери. По характеру была веселой, общительной, жизнерадостной, сверстницы ее звали «шутрой» и «бедовой», любила попеть и поплясать, работницей всегда считалась хорошей, исполнительской, никогда ни на что не жаловалась, чувствовала себя совсем здоровой до 1924 г., когда, будучи уже 85 лет, стала проявлять некоторое ослабление памяти, часто не могла припомнить имен своих хороших приятельниц. В движениях появилась суетливость, но жалоб никаких не высказывала и достаточно хорошо справлялась с домашней работой — готовила обед, убирала помещение, носила воду и т. д.

В первых числах сентября 1926 г. дочь, придя со службы, сразу заметила в матери какую-то перемену — всегда живая, деятельная, она стояла неподвижно у окна, в комнате не было обычного порядка, обед оказался не подогретым. Б-ная подзвала дочь к себе, предложила ей прислушаться к шуму на улице, говорила, что там происходит что-то неладное, кого-то режут, избивают, в воздухе перед собой видела отрезанную голову, на полу — лужу крови, которую она тщательно пыталась отмыть. К вечеру стала очень суетлива, нелепа — рвала газетную бумагу на мелкие клочки, дула на них, разбрасывала по полу крошки хлеба, переставляла с одного места на другое посуду. Ночь совсем не спала, ходила торопливыми шагами по комнате, брала ведра, чтобы идти за водой, говорила, что должна выполнить дневную работу. Такое состояние длилось несколько суток, наблюдалась бессонница, нелепое перестилание

постели, развешивание белья в комнате; она несколько раз пересчитывала и перебирала посуду в шкапу, при этом что-то невнятно шептала и жестикулировала; наливая в банку воду, насыпая туда же уголь и бросая в нее незажженную спичку, считала, что ставит самовар; ворчала, когда ей пытались мешать. Знала, что она находится дома, но адрес правильно назвать не могла; дочь свою узнавала, но звала ее по имени и отчеству, забыла сколько ей и дочери лет, считала, что крепостное право еще в силе, охотно рассказывала о своей работе у барыни.

Больная низкого роста, пикнического телосложения, цвет лица смуглый, большое количество морщин, синюшный оттенок на конечностях, полисение, отсутствие зубов, пониженный *turgor vitalis*, дряблость мускулатуры, в легких несколько ослабленное дыхание, сердце расширено на $1\frac{1}{2}$ см влево от *lin. mam.* и на 1 см вправо от края грудины, тоны глуховаты, акцент на аорте, периферические сосуды не жестки, легко сдавливаются, пульс 68 в 1 минуту. Кровяное давление макс. 170, миним. 90, частое мочеиспускание, в левом глазу помутнение хрусталика, слух понижен на оба уха, белый дермографизм, нестойкий, рефлекс коленные, ахилловы, с *m. bicip. et tricip.* вяловаты, зрачки миотичны, реакция на свет, аккомодацию и конвергенцию недостаточная, рефлекс со слизистых оболочек вялы, все виды чувствительности равномерно понижены на обеих сторонах, ясно выраженный симптом Ромберга, тремор век и вытянутых пальцев рук, ходит несколько согнувшись, мелкими шажками. Сон часов 5, большей частью прерывистый, больная быстро вскакивает, суется, куда-то стремится уйти. Правильно называет свою фамилию, имя, отчество, ориентировка во времени, месте и окружающей обстановке неправильная, она носит характер амнестической дезориентировки; больная вся в прошлом: то она считает, что находится в Брянске, то в Орле, или в имении сердитой барыни Елизаветы Ивановны; жалуется, что та больно бьет ее по щекам, ставит на колени, но тут же любит похвалиться тем, что барыня ценит ее как лучшую прачку; она барыню уважает, так как она «богатая, пол у нее паркетный, натирается воском и блестит, как зеркало».

Прошлое у больной переплетается с настоящим. Она соглашается с тем, что теперь крепостного права уже нет, но считает, что его отменили лишь 5—6 лет назад и «сделали свободу», но все-таки она крепостная, ей 15 лет, замужем она не была, так как ей отрезали волосы, а «без косы никто замуж не берет». Через несколько минут она уже замужем, правильно называет имя и отчество мужа, ему нет еще 15 лет, но у нее от него имеется 2 дочери, которым тоже по 15 лет. После настойчивых вопросов на эту тему допускает, что ей может быть около 50, но не больше. Самочувствие хорошее, на приветствие врачей и вопрос о ее здоровье отвечает почти всегда: «слава богу, благополучно», или «здравия желаю, с похмелья умираю — складно и ладно». Здороваясь за руку, часто повторяет фразу: «ручка права, сердце здорово». Настроение не всегда ровное, но большей частью благодушное, склонна веселиться, шутить, любит говорить прибаутки, поговорки, присказки, изредка однако выражает недовольство «беспорядками», когда ее вечером заставляют ложиться в кровать или ведут в ванну, так как «в баню ходят только по субботам, а меня волочат без времени», ворчит она, раздражается и бранится. Со стороны интеллектуальной сферы отмечается общее угасание, память сохранена на события, относящиеся приблизительно к 15-летнему возрасту больной; ретенция периода крепостного права довольно хорошая; все, что относится к ее зрелому и пожилому возрасту, припоминает с большим трудом, все путает; нового ничего в памяти удержать не может, не запоминает имен ни окружающих больных ни врачей. Пробелы памяти заполняет конфабуляциями, псевдореминисценциями, сообщает, что она вчера была на вокзале, купила билет до г. Орла; она сегодня очень устала, так как много наколола дров. Некоторых лиц принимает за своих дочерей, называет их соответствующими именами, приказывает им, рассказывает о делах. Однажды врача назвала «Шурочкой» (дочерью помещицы), стала ласкать, утешать, что мамочка скоро придет, собиралась укладывать ее в постель. Способность к счету утрачена, так же, как и критика; внимание как активное, так и пассивное расстроено, особенно первое.

Имеются галлюцинации слуха — слышит стуки в дверь, голоса каких-то господ, которые спрашивают Елизавету Ивановну. Временами высказывает бредовые идеи характера ущерба, но они нестойки. В поведении большая суесть, восторг и нелепость — часто ходит по палате, проверяет, закрыты ли двери, собирает поспешно свои вещи, чтобы ехать к отцу в деревню, от разговоров

отказыва
некогда
кормить,
и пол по
развесит
его над
речь не
Стаскива
латы бо
себе по
попытке
«караул
связыва
лата, т
мешок, н
личные
ходит в

Б
Эта
чается
венно
дами, в
и с бо
как и
начало
относя
заняты
требу
теллек
жения
часты
или д
Начал
с кли
риодом
спустя
после
первом
го обр
мание
ния б
че вс
резул
впеча
привь
иногда
очень
вести
нужн
неред
больн
также
ноду
харак
торы
ского
чаще
симп
с и в
ские
бые с

отказывается, так как ей некогда — «надо и кур покормить, и воды натаскать, и пол помыть, да не забыть развесить белье, сосчитать его надо, а то никому верить нельзя, украдут ведь». Стаскивает с кровати халаты больных, собирает их себе под подушку, при попытке отобрать кричит «нараул» и сильно ругается; связывает вместе полы халата, так что образуется мешок, куда складывает различные мелкие вещи, и так ходит все время (рис. 63).

Болезнь Пика

Эта форма чаще встречается у женщин, обыкновенно между 50 и 60 годами, но описаны случаи и с более ранним, равно как и с более поздним началом. Почти все случаи относятся к больным, не занятым каким-нибудь требующим большого интеллектуального напряжения трудом (большей частью это домработницы или домашние хозяйки). Начало болезни не связано с климактерическим периодом и чаще отмечается спустя некоторое время после его завершения. В первом периоде больше всего обращает на себя внимание изменение поведения больных, которое легче всего объяснить как результат ослабления задерживающих влияний; иногда при этом получается впечатление какой-то насильственности. Больные без причин оставляют привычное место работы, уходят из дому, иногда стремятся куда-то бежать; иногда бросается в глаза какое-то ребячество в поведении, очень скоро выступают симптомы слабоумия; больные начинают небрежно вести свою работу, перепутывают поручения, покупают то, что совсем не нужно, не замечают, что их обсчитывают продавцы. Этими чертами больные нередко напоминают паралитиков. Иногда очень рано обнаруживается, что больные перестают узнавать своих родных. С самого начала наблюдается также, что больные становятся как-то невнимательны ко всему, тупы и равнодушны, перестают чем-либо интересоваться. Следующая стадия болезни характеризуется усилением симптомов с л а б о у м и я и появлением некоторых специальных симптомов, указывающих на приурочение атрофического процесса в мозгу к некоторым отделам. Так как наибольшие изменения чаще всего наблюдаются в лобной доле, то часто в качестве кардинального симптома вырисовывается в я л о с т ь и н и ц и а т и в ы, о б щ а я п а с с и в н о с т ь; при атрофии височных долей могут наблюдаться и физические и асимболические расстройства. В этом же периоде наблюдаются особые симптомы, заключающиеся в том, что по многу раз повторяются в одной



Рис. 63. Больная с старческим слабоумием, не помнящая ничего, кроме впечатлений детства и юности.

и той же форме какие-нибудь движения, иногда гримаса или беспричинный смех, повторяется одна и та же фраза. От шизофренической стереотипии это расстройство отличается тем, что повторяемые действия более сложны и носят характер большей законченности. Кроме того они не вкраплены, как бывает при стереотипии шизофреников, в массу других выявлений, свидетельствуя об известном возбуждении, а исчерпывают собой всю деятельность больного за известный промежуток времени. Например одна больная с утра до вечера занималась только тем, что ходила из палаты в уборную и обратно, не страдая ни кишечными расстройствами ни учащенными позывами на мочеиспускание. Немецкие авторы называют это явление «стоячими симптомами» (*stehende Symptome*). Сущность явления сводится видимо к тому, что вследствие разрушения большого количества нервных центров и связывающих их нервных волокон процесс нервного возбуждения может передаваться только внутри ограниченного круга, постоянно возвращаясь на те же пути. Вместо немецкого термина, не совсем точного и не особенно хорошо звучащего по-русски, мы предложили бы говорить в этих случаях о палинергии (*palin* — опять, *ergon* — делаю), так как это обозначение указывает именно на повторение одного и того же действия. Так как аналогичные изменения в мозгу с теми же расстройствами физиологических процессов наблюдаются и при других органических психозах, такое же явление можно встретить иногда при артериосклеротическом слабоумии, прогрессивном параличе, не говоря уже о шизофрении, но при пиковской болезни оно особенно ярко. В дальнейшем все больше выступает и физическая слабость, кратковременные приступы которой наблюдаются во все течение болезни. Несмотря на отсутствие собственно параличей больные теряют способность ходить, есть без помощи других. Речь становится все более бедной и односложной, так что можно говорить об ее опустошении. Чрезвычайно характерно для этой болезни, что симптоматика ее сплошь представляет явления выпадения. Во всем течении не наблюдается ни сколько-нибудь значительных изменений настроения, ни галлюцинаций, ни бредовых идей, ни конфабуляции. Продолжительность болезни не всегда одинакова. Бывают случаи с более острым течением, оканчивающиеся смертью через 3—4 года, иногда болезнь тянется до 10—12 лет. Сообщаем историю болезни одного случая.

Больная М., 56 лет, вдова, сиделка. До 53 лет считалась здоровой, была трудолюбива, по характеру — живая, веселая, общительная, но скупая. Алкоголизм отрицается. 53 лет была оперирована по поводу какой-то опухоли в области левой ноги. Приблизительно с этого времени окружающие стали замечать, что она стала хуже работать — «не поспевала за другими сиделками», не интересовалась работой, была невнимательна, стала «забывчивой», почему была переведена в швейцарскую — на более легкую работу.

С начала 1925 г., за месяц до поступления в клинику, больная почти не была в состоянии работать; часто сидела молча, отвечала только на вопросы, иногда невпопад. В часы работы в швейцарской больная часто оставляла свой пост, уходила по своим делам в лавку или еще куда-нибудь, иногда бесцельно бродила по улице. На вопрос, почему она ушла с работы, больная ничего не отвечала. Иногда жаловалась на головные боли.

При приеме больная спокойна, на вопросы отвечает, знает свое имя, место своей службы, правильно называет имя няни, в сопровождении которой она пришла. Считает, что она в «Донском монастыре» или в каком-то «34-м отделении» больницы. Год теперь идет 1525-й, месяц знает. На ряд вопросов — сколько времени она больна, какое сегодня число и т. п. — больная отвечает одно и то же «с 13-го числа». Знает, что у нас советский строй, Николая II больше нет, что недавно была годовщина смерти Ленина.

Статус: больная ниже среднего роста, тип сложения ближе к пикническому; вес тела 49 кг. Index cranii 83,3, мышечная сила правой руки 8, левой — 6. Видимые слизистые оболочки окрашены бледно. Пульс 68 в 1 минуту. Невосприимчивый, напряженный, кровяное давление 70—160. Тоны сердца глуховаты. Зрачки равномерны, реакция зрачков на свет и конвергенцию живая. Дно глаза Н. Коленные рефлексы несколько повышены. Реакция Вассермана в крови и в спинномозговой жидкости отрицательная. Реакция Нонне-Апельта, Панди, Вейхбротта отрицательная. При цитологическом исследовании спинномозговой жидкости в 1 мм³ 4—5 белых телец.

Грубых расстройств ориентировки больная не обнаруживает. С окружающими разговаривает мало, больше, когда к ней обращаются. Рассказы-

Рис.

ва
не
вра
ча
гов
ную
Про
убир

изре
воль
дру
улы
дег
наз
важ
ды
Кри
мал
6 ц
вил
чае

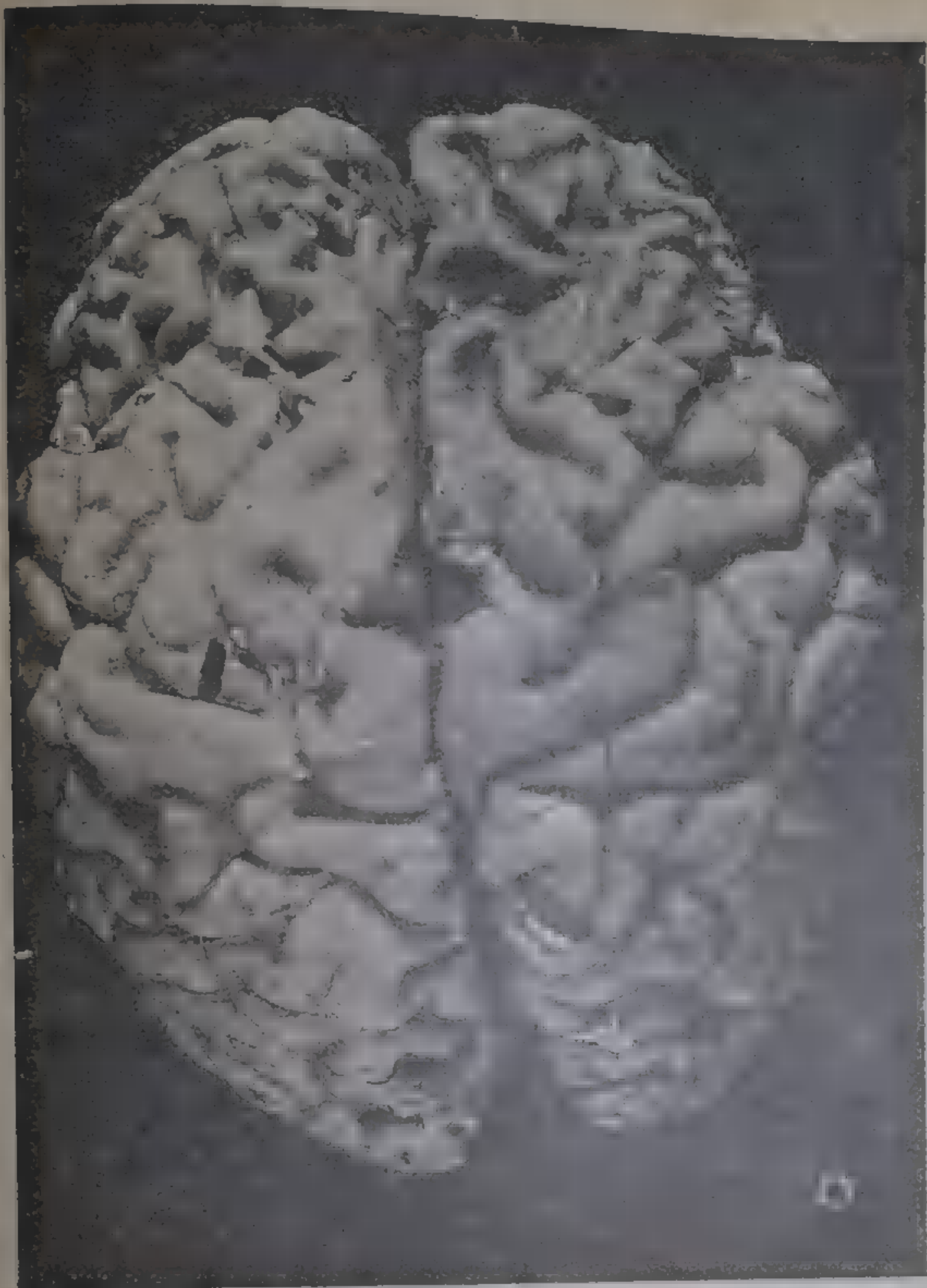


Рис. 64. Резко выраженная атрофия лобных долей при пиковской болезни.

вайт кое-что из своей жизни. На вопросы отвечает крайне односложно, далеко не все вопросы осмысливает. Запомнила имя своего врача, некоторых других врачей называет тем же именем. На вопрос о здоровье всегда однообразно отвечает: «Как масло коровье — на солнце тает». На просьбу рассказать сказочку говорит: «Во саду ли, в огороде». При попытке вступить с ней в продолжительную беседу обычно монотонно и однообразно отвечает: «Отстаньте от меня». Простые требования и указания исполняет. Любит подметать пол в столовой, убирать посуду после обеда.

Настроение устойчиво-безразличное с оттенком некоторого благодушия; изредка дает вспышки раздражения. Выражение лица при этом у больной довольно однообразное, ■ вряд ли можно сказать, что она переживает тот или другой заметно выраженный аффект. К исследованию интеллекта отнеслась с улыбкой. В тестах (Бернштейна), ей показанных, склонна была пидеть игрушки, детские картинки: смысла сложных и последовательных картин не усваивала, называла лишь на каждой картинке отдельные детали, безотносительно к их важности для понимания смысла целого. Разрезанные на части картинки складывала, не интересуясь нарисованным, руководствуясь контурами картин. Критика резко нарушена, внимание сосредоточивает с большим трудом. Формальные способности сохранены значительно лучше. *Merkfähigkeit* 3/9. Из 6 цифр повторила 5, через 3 минуты — 4. Дни, недели и месяцы называет правильно. Галлюцинаций, конфабуляций и каких-либо бредовых идей не отмечается. В мимике, походке и способе держать себя нет никаких расстройств.

Предоставленная самой себе больная много гуляет по саду, собирает разный мусор, тряпье и прячет их по карманам. Может взять продукты из чужой тарелки или тащить чужие продукты из шкафа, не разбираясь в том, кому они принадлежат. По многу раз в день однообразно и бесцельно спускается и поднимается по лестнице, в неурочный час укладывается в постель. Отмечена своеобразная склонность больной к подражанию окружающим: берет иллюстрированный журнал, подходит к окну и делает вид, будто читает, подрисовывает перед зеркалом карандашом брови, подражая более молодым больным. Может сидеть часами в кругу играющих в лото, изображать играющую, хотя не имеет возможности следить за ходом игры. Временами детски-нелепое поведение: садится в кружок с больными, повторяет разные, сказанные ей слова и фразы, вторит их смеху, сама хихикает, причину смеха объяснить не может, пляшет, когда больные ей хлопают. Однажды запела к общему удивлению больных. В последний период пребывания в клинике у больной два раза легкие обморочные состояния — закружилась голова и упала возле своей постели. Раз во время обморока — непроизвольное мочеиспускание. В связи с этим больная не почувствовала никакой слабости. Уложенная в постель, часто вскакивала, бегала в столовую и кричала: «Не хочу ложиться». В дальнейшем течении в поведении больной временами элементы суетливости. Ночью вставала с постели, по многу раз направлялась к двери, ее водворяли на место, иногда пыталась сопротивляться. Часто обращалась к персоналу со словами: «сволочи окаянные» или «черти окаянные, чтоб вы подошли». Вне этого никакой активности не проявляла, никаких желаний и просьб не высказывала. Реже стала говорить фразу «как масло коровье — на солнце тает». 11.IX 1926 г. больная переведена в Троицкую колонию.

С июля 1927 г. малоподвижна, большей частью в постели, иногда отказывалась от приема пищи и лекарства. Неопрятна. Постепенное нарастание физической слабости.

8 января 1928 г. больная умерла. На вскрытии в мозгу типическая картина пиковской атрофии (рис. 64).

Болезнь Альцгеймера

Клиническая характеристика этой формы не отличается особой определенностью. Ввиду большой редкости каждый случай ее описывается, причем таких описаний имеется очень немного, и кроме того не все они рисуют картину болезни одинаковыми чертами. Начало психоза чаще всего относится к шестому десятку жизни, хотя в отдельных случаях оно может быть раньше или позже. Обычно оно имеет место после установления климакса и во всяком случае не имеет к нему непосредственного отношения.

Болезнь характеризуется сравнительно медленным развитием явлений, центральное место среди которых занимает все нарастающее слабоумие. Резко выступает также и расстройство памяти как на текущие, так и на давно прошедшие события. Больные становятся необычайно забывчивы, рассеяны, не могут вести свои дела, не узнают знакомых лиц, не разбираются в окружающей обстановке, становятся вялы и безучастны. В дальнейшем выступает более или менее значительное беспокойство, больные много суетятся, бегают, бормочут, смеются, перебирают и рвут свое белье. Через 2—3 года симптомы слабоумия и другие явления бывают настолько выражены, что обыкновенно становится необходимым помещение в психиатрическую больницу. В этом периоде ясно выступают симптомы местного поражения мозга, асимболия, парафазия, иногда апрактические расстройства. Характерно в данном случае, что эти симптомы появляются не после каких-либо инсультов, а развиваются постепенно и незаметно. Они не могут быть рассматриваемы поэтому как результат кровоизлияний например на почве артериосклероза, который не представляет обязательного явления при этой болезни, а обязаны своим возникновением приурочению наиболее интенсивных атрофических изменений к определенным ограниченным участкам. Из симптомов очагового характера особенно важным и типичным нужно считать расстройство речи. Больные теряют способность внятно произносить не только целые фразы, но и отдельные слова. В резко выраженных случаях речь состоит из бессмысленного накопления отдельных слогов, иногда с логиклоническим повторением их, например: «Попоехала, попоехала; табачку мне, дяденька, табачку, дяденька, очи мои, очи мои... бо-бо-бо...». Очень

часто наблюдаются эхологические наклонности. В конце концов больные как бы совсем онемевают и только в состоянии возбуждения выкрикивают отдельные слова и бессмысленные группы слогов. Писать для больных становится совершенно невозможным.

При дальнейшем развитии болезни поведение больных делается совершенно бессмысленным. Они оглядываются при обращении к ним, но не понимают ни слов, ни выражения лица, не узнают близких родных. Такие больные не в состоянии сами есть, следить за собой, часто бывают неряшливы и неопрятны, часто тащат в рот и сосут все, что попадется под руку. С неврологической стороны нередко наблюдаются слабость и ригидность конечностей, ослабление кожной чувствительности. В некоторых случаях наблюдаются отдельные эпилептиформные припадки. В таком состоянии больные могут оставаться в течение ряда лет. Смерть наступает через 5—6—8, иногда более лет при явлениях истощения или от случайных осложнений.

Соматические и неврологические данные при старческих психозах

С физической стороны более всего заслуживают внимания симптомы общего увядания, одряхления. Характерные для сениума атрофические изменения особенно резко бывают выражены в подкожной клетчатке и коже, которая становится тонкой, сухой и морщинистой. Обилие морщин особенно велико в области лица и в частности около наружного угла глаз, который представляет центр для целой системы радиарно расположенных морщин (так называемые гусиные лапки). Атрофия распространяется и на внутренние органы, в которых все больше происходит замещение деятельных элементов соединительной тканью. К постоянным явлениям старческой инволюции относятся склероз сосудов, отложения известковых стенок, равно как и в других органах, в хрящах, соединительной ткани. Явление того же порядка — помутнение стекловидного тела, являющееся причиной появления в поле зрения различных темных нитей, пятен; сюда относятся также старческая катаракта и так называемая старческая дуга на роговой оболочке — циркулярный валик в периферической части роговой оболочки, образующийся вследствие отложения здесь продуктов обмена. Атрофический процесс в костях ведет к большой ломкости их. Типичной для стариков является склонность к появлению различных сыпей и кожному зуду. Ослабление способности сопротивления вредным воздействиям ведет к появлению пролежней.

С неврологической стороны наиболее характерной нужно считать более или менее ясную паретичность мускулатуры, особенно заметно выступающую в лице. Она зависит частью от перерождения нервных центров, частью от атрофии мускулатуры. С этим стоит в связи вялое, как бы застывшее в одном состоянии выражение лица со сглаженными лицевыми складками, с опущенными углами рта, который часто остается открытым. Паретичность мускулатуры туловища и конечностей выражается в том, что все движения неуверенны, медленны, несколько атактичны; такой же характер носит и походка, к особенностям которой нужно отнести маленькие шажки. Паретичность мускулатуры сопровождается и дрожанием, в котором также очень много характерного. Прежде всего оно мелкое и равномерное. Более всего оно выражено в языке, пальцах рук, иногда в мышцах шеи, так что трясется вся голова. Дрожание лучше всего изучать с помощью тремографа, который дает очень характерную кривую.

Для той же цели можно пользоваться изучением прямых линий, изображаемых больными, в особенности их почерка. Дрожание в данном случае более мелкое и более ритмическое, чем аналогичное расстройство при параличе помешанных, рассеянном склерозе и алкоголизме. Характерно также, что буквы очень мелкие, тесно прижаты одна к другой. В речи можно констатировать недостаточную отчетливость артикуляции, но без тех особенностей, которые свойственны прогрессивному параличу. Как проявление общей паретичности можно рассматривать ослабление реакции зрачков, обычно не только на свет, но и на аккомодацию и конвергенцию.

Патологическая анатомия и патогенез

Изменения мозга и вообще нервной системы при старческом слабоумии представляют частичное проявление общего процесса увядания, отживания организма, с постепенным перерождением деятельных элементов органов и с заменой их разрастающейся соединительной тканью. Вместе с уменьшением вследствие атрофии при явлениях склероза, охватывающего более или менее равномерно все внутренние органы, такие же изменения наблюдаются и в мозгу. Уменьшение объема его в старости было подмечено еще древними учеными — Аристотелем, Галеном и Орибазом. Как курьез можно отметить, что последний причину старческой атрофии мозга видел в высыхании его, зависящем от недостаточной защиты волосами при облысении. Хотя изменения, наблюдаемые при старческом слабоумии и вообще старческих психозах, генетически находятся в тесном отношении к процессам физиологического отживания, все же на мозг при старческом слабоумии нужно смотреть как на патологически измененный, а не только подвергшийся возрастной инволюции. На это указывает и частая мутность мягкой и паутинной оболочек, срастание риае с твердой мозговой оболочкой и с корой и образование в паутинной оболочке, особенно спинного мозга, твердых гомогенных пластинок с звездчатыми полостями, сообщающимися между собой канальцами. Что касается собственно веса, то исследования П. Кирхберга показали значительное смещение наибольшей плотности влево, у мужчин с 1 400 на 1 150 и у женщин с 1 235 на 1 050. Уменьшение веса зависит конечно от атрофии мозгового вещества. Она касается главным образом больших полушарий и поражает преимущественно серое вещество коры. Иногда атрофия выражена преимущественно в лобных отделах, чаще же более или менее равномерно распространена по всем извилинам; выпуклая сторона полушарий более страдает, чем основание; мало пораженным обыкновенно оказывается и мозжечок. В типических случаях дело ограничивается истончением и заострением извилин и расширением борозд (рис. 65) с сохранением общей конфигурации и обычных пропорций между долями мозга и частями их. Но иногда атрофия оказывается особенно значительной в одном каком-нибудь отделе, причем известный участок представляется запавшим; иногда атрофируется целая доля. Такие атрофические изменения могут быть различного происхождения, о чем обыкновенно можно судить уже по общему макроскопическому их виду.

Иногда а
чаются в рез
ве размягче
ния. Дело в
другие изме
очень частое
кой атрофии
ний иногда с
кисты, и то
на сама соб
ражениях б
дит зарубц
участие кро
адвентиции
лочка. В та
бых наруш
характере
щению и му
мозговой о
ком воспал
одной како
осложнени
ственный с
внекоторы
тил особен
ние пиков
болезни с
венной ат
уменьшени
руются ви
тируются
ше центра
также тем
ные узлы
Характер
ком соот
дов. Если
зации ат
и больше
нии отде
нирует с
изнашив
высоко
о врожд
ному от
изменени
ного ха
атрофии
Изме
чистой
их гибез

Иногда атрофические изменения получаются в результате сморщивания на почве размягчения сосудистого происхождения. Дело в том, что артериосклероз и другие изменения сосудов представляют очень частое осложнение процесса старческой атрофии мозга. После таких размягчений иногда образуются более значительные кисты, и тогда сущность изменений понятна сама собой; иногда же, обычно при поражениях более мелких сосудов, происходит зарубцевание, в котором принимают участие кроме глии соединительная ткань адвентиции сосудов и мягкая мозговая оболочка. В таких случаях помимо более грубых нарушений внешней конфигурации о характере процесса можно судить по утолщению и мутности в этих участках мягкой мозговой оболочки, являющихся признаком воспалительных изменений. Но иногда резко выраженная атрофия одной какой-либо части полушария не является следствием случайных осложнений, а происходит от того, что атрофический процесс, свойственный старческому слабоумию, может пойти особенно интенсивно в некоторых местах, что и дает такую атипичную картину. Пик обратил особенное внимание на такие случаи. Эти изменения носят название пиковской атрофии и представляют анатомический субстрат болезни с тем же названием. В этих случаях чаще всего преимущественной атрофии подвергаются лобные доли, которые оказываются уменьшенными и заостренными (рис. 64). Иногда больше всего атрофируются височные извилины, в которых наибольшие изменения констатируются в передних половинах. Атрофия обыкновенно не идет дальше центральных извилин, но в далеко зашедших случаях поражаются также теменные извилины. Затылочные доли, мозжечок и центральные узлы представляют сравнительно незначительные изменения. Характерно, что область наибольшей атрофии не находится ни в каком соответствии с территорией распределения определенных сосудов. Если можно говорить о какой-нибудь закономерности в локализации атрофических участков, то она сводится к тому, что прежде и больше всего поражаются более новые в филогенетическом отношении отделы, какими нужно считать лобные доли. Это вполне гармонирует с общим взглядом на старческую атрофию как на процесс изнашивания, при котором прежде всего должны страдать наиболее высоко дифференцированные элементы. Что здесь нужно думать о врожденной слабости известных систем, ведущей к преждевременному отживанию, видно из тех случаев, в которых кроме обычных изменений коры полушарий наблюдаются перерождения и системного характера. В двух обследованных нами случаях пиковской атрофии мы констатировали дегенерацию лобномостовых путей.

Изменения нервных клеток можно вообще свести к двум типам — чистой атрофии и дегенеративному процессу, заканчивающемуся их гибелью. Для старческого слабоумия помимо увеличения количе-



Рис. 65. Височная доля атрофического мозга; особенно истончена верхняя височная извилина.

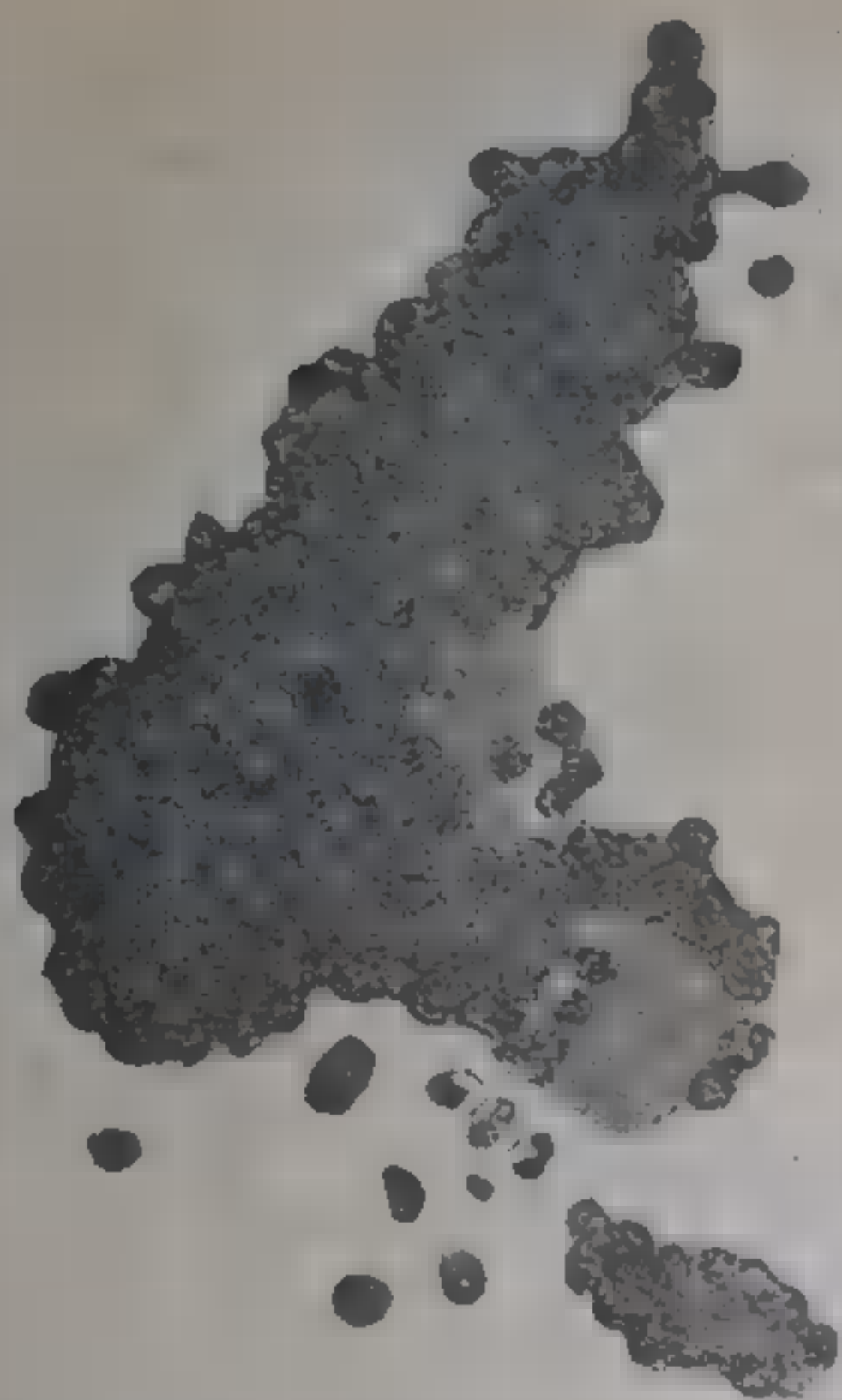


Рис. 66. Так называемое пигментно-жировое перерождение пирамидной клетки коры.

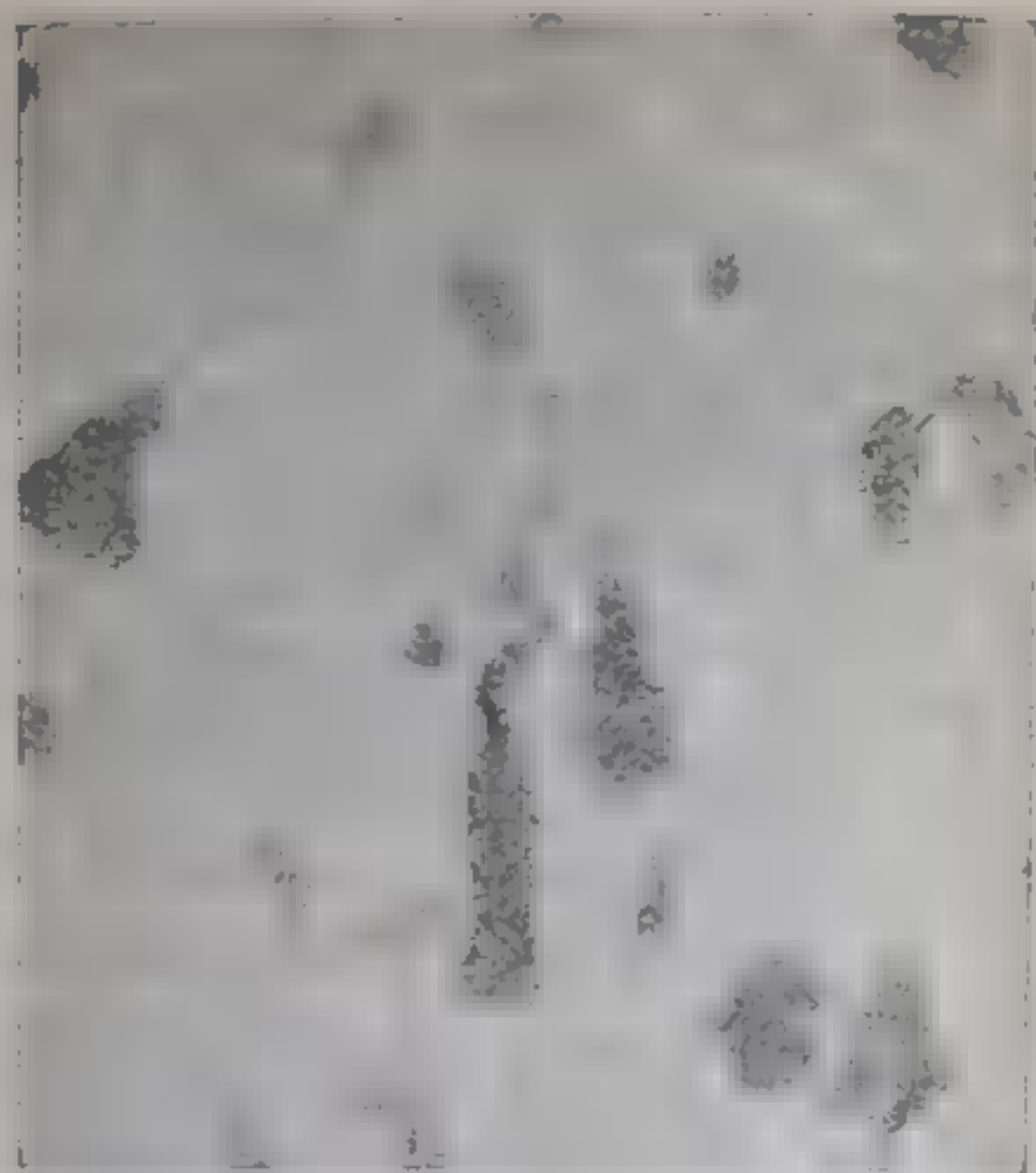


Рис. 67. Склеротическая нервная клетка с извитым верхушечным отростком.

ства липофусцина (рис. 66) характерным без всякого сомнения нужно считать склероз нервных клеток—уменьшение их во всех размерах, причем клетка принимает более округлую, часто сжатую с боков форму, вместе с тем контуры клетки и ее отростки становятся более отчетливыми, отростки кроме того часто делаются извитыми, в особенности в начале своего отхождения (рис 67).

Изменения нервных волокон при старческом слабоумии очень значительны, но по своему характеру ничего специфического для этой болезни не представляют. Они сводятся к перерождению и гибели, причем получающееся разрежение более всего касается лобных долей.

Реакция со стороны глии—постоянное явление, но она далеко не доходит до того, что наблюдается при прогрессивном параличе или эпилепсии. Периферический глиозный слой утолщен, но не в особенно значительной мере. Волокна в глиозном разрастании обыкновенно сравнительно с другими заболеваниями обращают на себя внимание своей тонкостью и короткостью.

К числу наиболее постоянных и характерных признаков старческого слабоумия принадлежат бляшки старческого некроза. Это изменение впервые описал Редлих в 1898 г. под именем милиарного склероза; это—микроскопические очаги, в которых ясно можно различить центральную часть, представляющую однородную бурюю массу, иногда с радиальной исчерченностью, и периферическую, состоящую из нитей. В самой начальной стадии, на которой процесс может остановиться, бляшка представлена только центральной бурой массой. При дальнейшем развитии процесса происходит увеличение периферического кольца из нитей, которые располагаются в самые причудливые фигуры (рис. 68 и 69).

Существо болезни при старческом слабоумии, как видно из всех изложенных нами данных, сводится к общему увяданию организма, отживанию элементов в нервной системе, сопровождающемуся деструктивными про-

Рис. 68 кроза

цессами
Образу
ванию
потому,
цессов,
обработ
ные хи
в более
дукты
образов
щихся
зерныш
частью
клетка
нервы
простр
ненно
органи
годаря
происх
зуются
был не
С этим
зитной
встреч
други
риоск
и в мо
Т
боуми
дании
в нор

Д
нося
приб
артер
щей
ствус
в исх

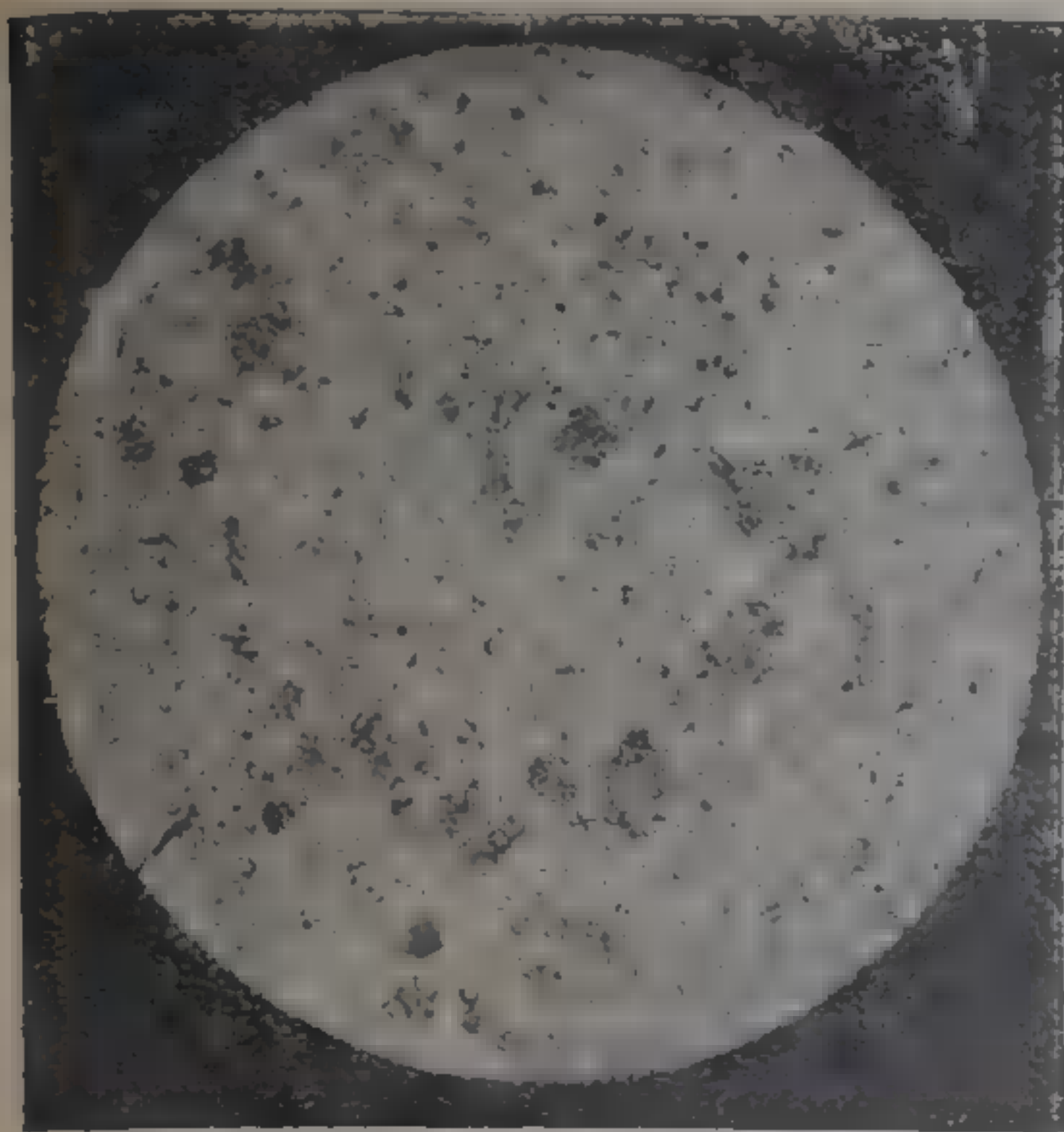


Рис. 68. Бляшки старческого некроза при слабом увеличении.

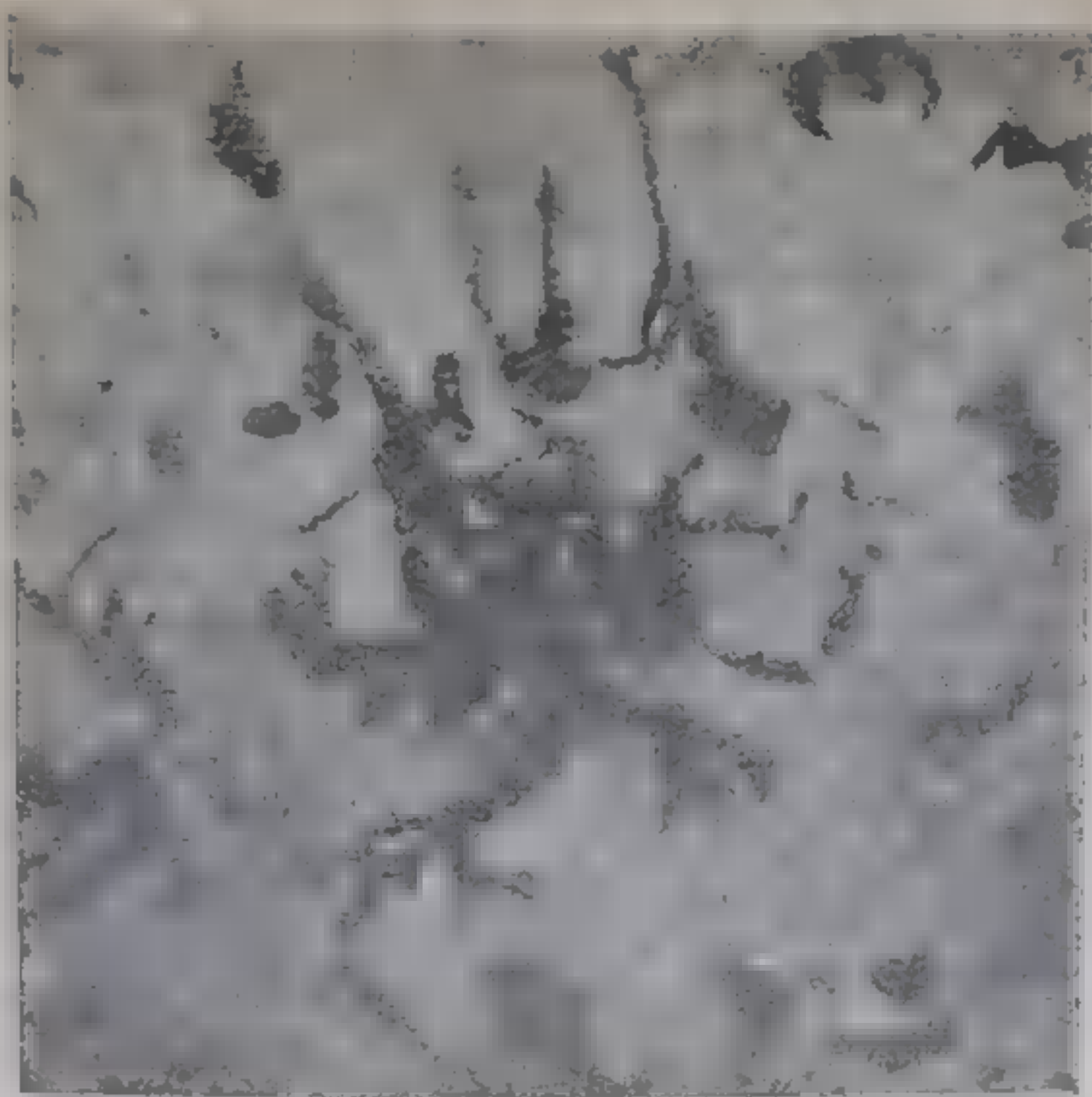


Рис. 69. Plaque senile при сильном увеличении.

цессами. Очень важно при этом по нашему мнению иметь ■ виду следующее. Образующиеся продукты распада и обмена не могут подвергнуться рассасыванию частью потому, что образуются в большом количестве, а главное потому, что для этого необходима известная активность жизненных процессов, которой в данном случае как раз и нехватает. Сущность Abbau—обработка и элиминация продуктов распада—заключается ■ том, что сложные химические тела переводятся в более простые, нерастворимые—все в более растворимые, и все это направлено к одной цели—удалить продукты обмена, уже не нужные организму ■ даже вредные, из очагов их образования и вообще из организма. При других заболеваниях, наблюдающихся в общем в более молодом возрасте, обычно мы видим, как различные зернышки, продукты обмена, путем сложных биологических превращений, частью с помощью захватывания стойкими и в особенности подвижными клетками, частью путем химических превращений транспортируются от нервных элементов к сосудам, где вначале оказываются в периваскулярных пространствах, затем в элементах сосудистой стенки, а в заключение несомненно внутри сосудов. Для выполнения этой сложной работы в старческом организме недостает активности, энергии биологических процессов, благодаря чему продукты распада в главной своей массе остаются на месте своего происхождения, давая такие образования, которые прежде всего характеризуются обилием пошедшего на них пластического материала, хотя бы он был не годен для какой-нибудь иной, более полезной для организма цели. С этим в соответствии стоит тот факт, что образование бляшек, хотя в эксквизитной форме и в большом количестве типично для старческого слабоумия, встречается по наблюдениям Симховича и других авторов иногда при других психозах в позднем возрасте—при прогрессивном параличе, артериосклерозе, раннем слабоумии. В исключительных случаях их можно найти и в мозгах глубоких стариков без особенного психоза.

Таким образом сущность процесса, лежащего в основе старческого слабоумия, в целом ясна: это усиление до степени патологии отживания, увядания организма, вообще максимум того, что встречается так сказать в нормальной, физиологической старости.

Для объяснения клинических явлений анатомические данные, относящиеся к старческому слабоумию, могут быть использованы приблизительно в той же мере, как и по отношению к церебральному артериосклерозу. Распространенной убыли нервных элементов, стоящей в связи с прогрессирующей атрофией мозговой ткани, соответствует все нарастающее падение интеллекта с глубоким слабоумием в исходе. Так как процесс здесь диффузный, охватывающий более или

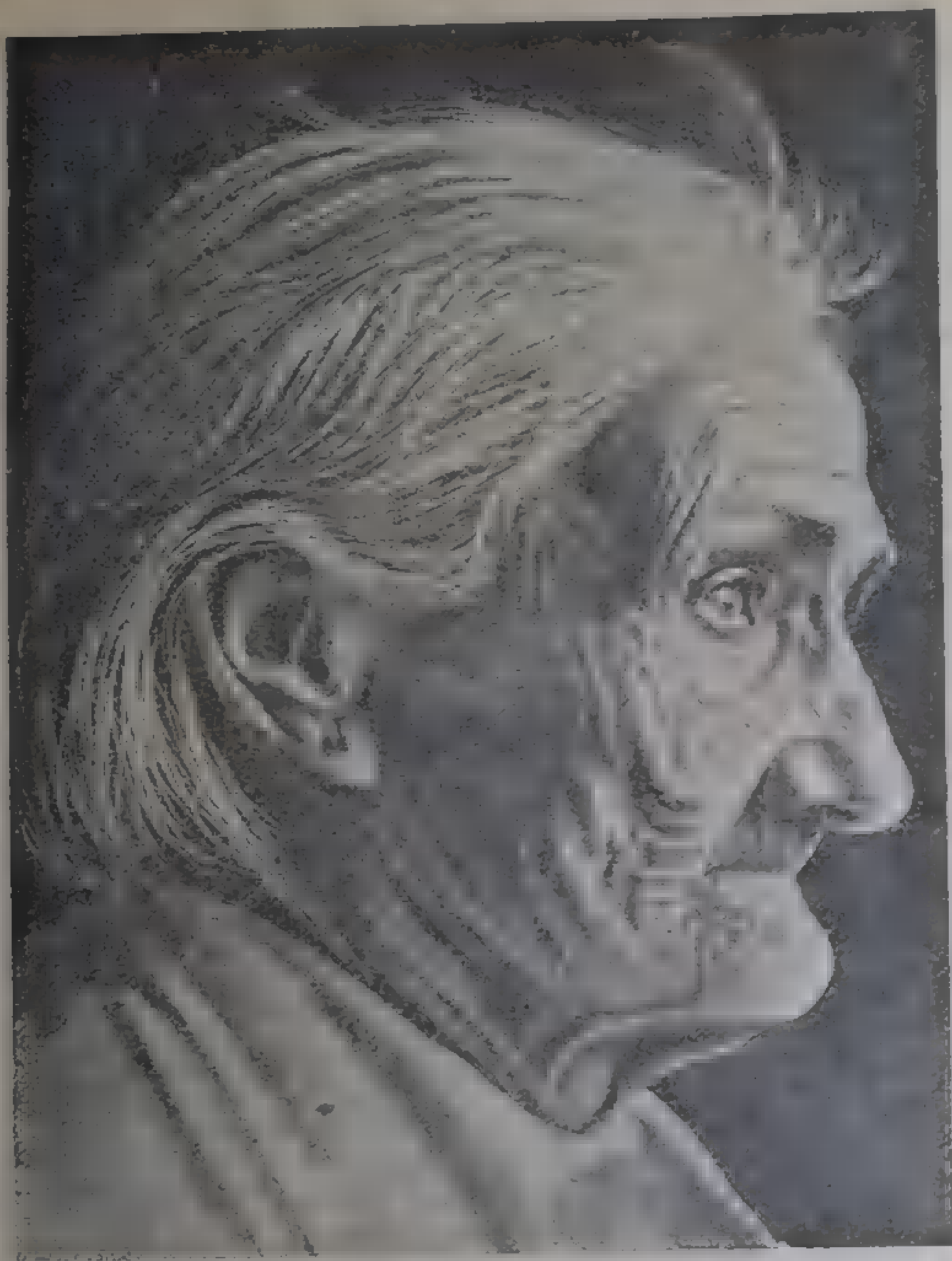


Рис. 70. Старческое изменение лица.

зоне на первый план могут выдвинуться очаговые симптомы, характер которых будет зависеть от особенностей анатомической локализации, — чаще всего афазия, асимболия, апрактические расстройства, местные судороги.

Распознавание старческих психозов

Большое значение прежде всего имеет установление совершающихся в организме характерных для старческой инволюции изменений. Последние наступают иногда в очень позднем возрасте, иногда же сравнительно очень рано, уже около 60 лет (*senium praecox*), почему большое значение нужно придавать не возрасту, а проявлениям общего сениума, но и их одних, как бы ни были они резко выражены, недостаточно, чтобы делать заключение о наличии старческого слабоумия, так как нередко бывают случаи с чрезвычайно яркой картиной соматического пресениума, но без симптомов психического ослабления (рис. 70). Диагноз главным образом должен основываться на характерных психических особенностях. Собственно старческое слабоумие, если оно выражено более или менее резко, не может представить больших затруднений для диагностики. В этом отношении особенно нужно иметь в виду характерное расстройство памяти и глубокие изменения всей личности. Важно

менее глубоко все отделы полушарий, то слабоумие носит более общий, глобальный характер. Поскольку клинические симптомы при старческом слабоумии зависят главным образом от невосстановимых изменений, для него типична тенденция к неуклонному прогрессированию, лишь изредка допускающему приостановки и незначительное улучшение. Последнее возможно вследствие того, что хотя в небольшой части клиническая картина зависит только от нарушений питания, которые в известной мере могут сгладиться. В случаях атипических с преобладанием анатомических изменений в одной какой-либо

при этом
ного упад
му, но там
и волевым
установок
воги как с
ворить ли
обнаружи
чение име
в основни
с характер
шей мере
мененную
образом п
ются резу
сматривае
интеллек
транены
ситуация
вляя ино
не угнете
а обуслов
с этим ка
равно ка
мере рас
ния или
данное и
больного
только с
зную в а
что, как
больного
совершен
усвоения
умия, та
зиологии
жение то
ском воз
тальная
при стар
нять во
хики пе
В связи
симптом
вается о
вполне
имеются
в-которо
хической
ния, отр
свидетел

внимания на указанные расстройства, характерные для старческого слабоумия по своей структуре и глубине, может помочь при дифференциальном диагнозе. Иногда может возникнуть необходимость, в особенности при решении вопроса о наложении опеки или об ответственности за совершенное криминальное действие, выяснить, имеется ли налицо определенный психоз или можно говорить только об известных свойственных возрасту изменениях психики, не выходящих за пределы физиологии. В этих случаях нужно иметь в виду, что последние представляют вместе с некоторыми изменениями характера только незначительное количественное понижение интеллектуальных функций. Основные установки личности, весь облик остаются прежними, сохраняется и способность ясного сознания положения и возможность овладеть той или другой ситуацией, не став ее жертвой. Поскольку в картину старческого слабоумия в большей или меньшей пропорции входят элементы и артериосклеротического происхождения, нередко приходится решать вопрос о том, не объясняется ли данная картина заболевания целиком церебральным артериосклерозом. В этом отношении опорными пунктами нужно считать более медленное развитие всех явлений при артериосклерозе и долгую сохранность при нем основного ядра личности. Большое значение имеет вообще анализ порядка развития явлений как в самом психозе, так и в том более или менее длительном периоде как бы вступления к психозу, который предшествует ясному обнаружению собственно психотических расстройств как при церебральном артериосклерозе, так при старческом слабоумии и в других психозах. Кроме препсихотической личности, суммы известных признаков, проходящих красной нитью через всю жизнь больного, можно говорить, как мы уже упоминали, о препсихотических сдвигах личности, ясных изменениях в ней, не дающих права говорить о душевном расстройстве как таковом, но с генетической стороны имеющих к нему прямое отношение. Понятие «препсихотическая личность» относится главным образом к конституциональным заболеваниям, в частности к циркулярному психозу, между тем как препсихотические сдвиги свойственны душевным расстройствам с характером процесса, именно прогрессивному параличу, церебральному артериосклерозу, пресенильным и сенильным психозам, отчасти шизофрении. Прибегая к образным сравнениям, можно было бы сказать, что надвигающийся грозный психоз набрасывает тень на психическое функционирование, вследствие чего оно еще до начала психоза, как такового, утрачивает свою яркость и облик, приобретая в то же время новые, не свойственные ему в обычном состоянии черты. Так как обозначения «препсихотическая личность» и «препсихотическое состояние», за которыми можно было бы предполагать далеко не тождественное содержание, обыкновенно употребляются как синонимы, то следовало бы, различая эти два понятия, говорить, с одной стороны, о препсихотической личности, а с другой — о препсихотических состояниях. Если вспомнить данные, изложенные в главах об артериосклерозе и пресенильных психозах, то разница в данном случае между этими заболеваниями и старческим слабоумием сводится к следующему. Препсихотическое состояние артериосклеротика заключается в замедлении темпа и ограничении размаха, вообще в изменениях количественного характера, причем причина этих изменений ле-

жит в
кровя
измене
всем о
лично
но ак
причи
шений

Бо
други
пиковс
ным об
с прогр
являет
тие явл
вместе
межут
дации,
измене
щими
все по
очагово
ных по
повод
вообще
их и х
старчес
связан
они пр
ассоциа
ных п
палине
в клин
начина
система
и носи
Естест
ракт
всей по
териоск
бывает
случае
möglich
то сход
ное раз
болезн
парали
гическо
затруд

О п
нения
прежд
чрезме
зации.
Леч
иметь

жит в самом мозге, именно в нарушении его питания и в повышении кровяного давления. В случае пресенильных психозов оно зависит от изменения настроения, связанного с инволюционными сдвигами во всем организме. Старческому слабоумию свойственны те же изменения личности, если иметь в виду эмоциональные и волевые установки, но акцент здесь ставится на нарушениях интеллекта, ближайшая причина которых лежит тоже в самом мозгу, но заключается в разрушении нервных элементов.

Больше всего затруднений может встретиться при отграничении от других заболеваний атипических форм старческого слабоумия, именно пиковской и альцгеймеровской болезнью. Здесь смешение возможно главным образом с пресенильными психозами, артериосклерозом мозга, отчасти с прогрессивным параличом. Что касается пресенильной группы, то общим является в сущности только один возраст. Не говоря уже о том, что развитие явлений в атипических случаях старческого слабоумия не наступает вместе с климаксом, отделяясь от него более или менее значительным промежутком времени, оно с самого начала носит штемпель тяжелой деградации, интеллектуальной недостаточности, зависящей от деструктивных изменений в мозгу, а не от угнетения его деятельности моментами, лежащими вне его. Здесь с самого начала выступает слабоумие, окрашивающее все поведение больного. Опорными пунктами могут служить и симптомы очагового поражения мозга, совершенно не входящие в картину пресенильных психозов. Эти очаговые расстройства, с другой стороны, могут дать повод для смешения с церебральным артериосклерозом, при котором, вообще говоря, они тоже представляют характерное явление. Но структура их и характер появления в том и другом случае глубоко различны. При старческом слабоумии в основе их лежит перерождение известных групп связанных между собой нервных элементов, почему с клинической стороны они представляют менее грубые, но более глубоко, в смысле нарушения ассоциативных связей, идущие расстройства, и притом с акцентом известных психических нарушений—сенсорная афазия, эхолалия, апраксия, палинеггия. Вместе с тем и соответственно своему генезу они появляются в клинической картине не сразу, а в порядке постепенного нарастания, начиная с ничтожных намеков. При артериосклерозе процесс идет не по системам элементов, связанных в функциональном отношении, а по сосудам, и носит характер разрушения, чаще всего вызванного кровоизлиянием. Естественно, что в этом случае очаговые расстройства должны носить характер более грубых параличей, касающихся целых конечностей или даже всей половины тела, параличей глазных мышц; в частности, если при артериосклерозе и наблюдаются афазические расстройства, то чаще всего это бывает моторная афазия. Понятно также, что очаговые расстройства в этом случае обыкновенно обнаруживаются после инсультов и допускают возможность известного улучшения. Что касается прогрессивного паралича, то сходство с ним не так велико. Если обратить внимание на более медленное развитие слабоумия как при альцгеймеровской, так и при пиковской болезни, учесть его особенности, равно как и отсутствие характерных для паралича неврологических симптомов и еще более важных данных серологического исследования, то дифференциальный диагноз не представит особых затруднений.

Профилактика и лечение

О предупреждении болезни можно говорить лишь в смысле устранения из жизни всех моментов, до известной степени способствующих преждевременному изнашиванию мозга и всего организма, именно чрезмерной нагрузки в работе, алкоголизма, психической травматизации. Имеет значение и предохранение от инфекций.

Лечение может быть только симптоматическим и притом может иметь в виду главным образом соматическую сторону. Полезны препа-

раты иода и брома, наркотические и снотворные в случае возбуждения и бессонницы, также теплые ванны. При возбуждении, равно как при склонности к совершению антисоциальных поступков, показано помещение в психиатрическую больницу. То же требуется по отношению к слабым и неопытным больным. Во всех случаях, где это допускается состоянием больного, настойчиво следует стремиться к тому, чтобы внимание его было занято каким-либо подходящим видом труда, хотя бы самым легким. Давно подмечен психиатрами факт, что больные этого рода нередко не представляют особенно резких расстройств, пока остаются на обычной работе, отстранение же от нее с пребыванием больного в ничегонеделании обычно сопровождается распадом интеллекта.

Процессы экзогенного происхождения ИНФЕКЦИИ

25. СИФИЛИС МОЗГА В СОБСТВЕННОМ СМЫСЛЕ

Сифилис мозга и прогрессивный паралич помешанных, занимающие самое видное место в отделе инфекционных психозов, образуют одну группу—невросифилиса. Объединяясь общим генезом, именно являясь спирохетозом, они представляют между собой ряд существенных отличий и по анатомической картине и по клиническим явлениям. Большая возможность успеха от терапевтических мероприятий при сифилисе мозга, как более раннем процессе сравнительно с параличом, в особенности заставляет обособлять *lues cerebri* в собственном смысле и выявлять в клинике его наиболее характерные особенности. Соответственно более очаговому, местному характеру процесса в этом случае сравнительно с более разлитыми, охватывающими весь мозг изменениями при прогрессивном параличе клиника сифилиса мозга представляет большое разнообразие, так как обусловлена специфическим процессом, локализация которого бывает очень различна. С сифилиса мозга мы и начнем описание клинических явлений.

Расстройства психики на почве сифилиса мозга представляют большое разнообразие. В этом нет ничего удивительного, если обратить внимание на некоторые моменты, характеризующие его патологию. Прежде всего нужно учесть очень большие различия в особенностях анатомического процесса и его локализации, которые наблюдаются в отдельных случаях и которые более значительны, чем при параличе помешанных. Естественно, что клинические явления не одинаковы в зависимости от того, будут ли налицо воспалительные процессы, гуммозная инфильтрация, собственно гуммы или изменения со стороны сосудов, а равно от того, поражены ли больше полушария, подкорковые узлы или другие отделы. Затем нужно иметь в виду, что сифилис поражает весь организм, в частности вегетативную нервную систему и органы внутренней секреции, а это не может остаться без реакции со стороны нервной системы. Большое значение и здесь конечно имеют особенности преепсихотической личности.

Сифилис мозга принадлежит к очень частым заболеваниям, хотя трудно дать какие-либо точные цифры. Если иметь в виду более рез-

кие случаи, то по прежним статистикам принималось, что изменения в мозгу наблюдаются от 2 до 10% всех сифилитиков, но если к ним причислить и более легкие расстройства, то этот процент будет значительно выше. Сравнительно с прогрессивным параличом помешанных сифилис мозга развивается гораздо раньше и в смысле времени, прошедшего от момента заражения, и в смысле возраста больного. Большей частью явления его обнаруживаются в течение первых лет после инфекции, иногда уже во вторичном периоде. Что касается возраста, то чаще всего психические изменения на почве сифилиса мозга приходится встречать между 25 и 40 годами. Иногда наблюдаются очень поздние проявления болезни у людей за 60—70 лет и старше, спустя десятки лет после инфекции.

Нередко встречаются нервные явления, напоминающие неврастенический симптомокомплекс, которые нужно рассматривать как реакцию нервной системы на биологические изменения, связанные с сифилисом. Большей частью речь идет о сравнительно молодых людях, иногда вообще с несколько неустойчивой и чересчур чувствительной нервной системой и до заражения. Симптоматика сводится к головным болям, головокружениям, болям в разных местах тела, раздражительности, бессоннице, общему понижению самочувствия, к ослаблению памяти и работоспособности. В генезе этих явлений до известной степени играют роль психогенные моменты. Факт заражения сифилисом для людей вообще нервных, осведомленных относительно возможных его последствий, естественно является тяжелой травмой. Но дело далеко не в одной только психогении, так как такие же расстройства можно встретить и у людей, не обнаруживавших в прошлом никаких явлений нервноности, а иногда и не знающих о своем заражении. Несомненно нужно думать, что в основе болезненных расстройств лежат менингеальные раздражения и другие изменения нервной системы. На это указывают положительные результаты серологического исследования и успешность специфического лечения. Таким образом описанные нервные явления представляют временную реакцию нервной системы на специфическую инфекцию, почему употребляемое для них обозначение «сифилитическая неврастения» является вполне подходящим. Прогноз в таких случаях по отношению к собственно нервным явлениям нужно считать благоприятным, но необходимо иметь в виду, что ранняя реакция на заражение в смысле плеоцитоза и глобулиновых реакций в спинномозговой жидкости, если она притом держится упорно, является не вполне благоприятным в прогностическом отношении признаком, так как из таких случаев вербуются главным образом паралитики и табетики.

От сифилитической неврастении нужно отличать картину, которую можно было бы назвать сифилитическим реактивным гипохондрическим симптомокомплексом. Здесь сущность явлений сводится тоже к реакции, но не к токсическим процессам, связанным с сифилисом, а к самому факту заражения им. Это тот резонанс, который дает мысль о заражении в психике людей мнительных, склонных к преувеличенным опасениям за свое здоровье. Больных этого рода постоянно мучают мысли, что они по своей вине должны страдать неизлечимой болезнью, должны лишиться себя возможности иметь семью, так как они в конце концов по-

гибнут от сухотки спинного мозга или мозгового размягчения. Они необычайно внимательно следят за своим здоровьем и постоянно находят у себя признаки сифилиса. Специфическое лечение успокаивает на некоторое время, но очень скоро возвращаются те же мысли о тяжелых последствиях, о возможности рецидивов. Центр тяжести здесь таким образом в психотической личности, которую при ближайшем ознакомлении приходится отнести к типу конституционально нервных, склонных к депрессии и навязчивым состояниям, иногда прямо страдающих сифилофобией.

Психореактивные компоненты, как мы видели, имеются и при сифилитической неврастении, но здесь дело ограничивается только ими и никакое систематическое и полное лечение не может освободить больных от их мучений.

При клинической интерпретации нервных явлений, стоящих в связи с мозговым сифилисом в первых стадиях его развития, нужно иметь в виду так называемый ранний сифилитический менингит (Петте, М. С. Маргулис). Симптомы его обнаруживаются в течение первого года после заражения, большей частью даже в ближайшие 2—3 месяца. В отличие от других сифилогенных заболеваний мозга они развиваются остро, иногда даже с повышением температуры. На первом плане стоят симптомы менингеального раздражения, признаки, указывающие на поражение основания, или на явления коркового выпадения. Больные жалуются на тянущую боль в крестце и спине, парестезии в конечностях. Положительная р. В. в крови бывает меньше, чем в половине случаев, в спинно-мозговой жидкости она большей частью бывает положительна. С психической стороны отмечаются помрачение сознания, делирии, судорожные припадки. Ртутное лечение дает хорошие результаты.

Картина раннего сифилитического менингита вводит нас в область собственно сифилитических психозов. Последние, оставаясь совершенно в стороне от собственно паралича помешанных, ■ новых работах (Фабрициус, Бострем) делятся на две группы: а) психозы экзогенного типа реакции и б) картины слабоумия при сифилисе мозга с исходом его в стационарное состояние в результате лечения.

В первую группу входят состояния помрачения сознания, сумеречного сознания, делириозные картины с возбуждением, иногда с судорожными припадками. Они развиваются остро или подостро, часто в связи с каким-нибудь внешним моментом—инфекцией, алкоголизмом, почечным процессом; часто картины этого рода развиваются в позднем возрасте в ясной связи с артерioskлерозом. Наличие этих добавочных моментов не случайно. Бострем думает, что они играют не только провоцирующую роль, но и патогенетическую. Одного сифилиса как такового было бы недостаточно еще и по другим причинам. Описываемые формы развиваются не непосредственно после заражения, а чаще спустя 4, 6, 8 лет после него, а иногда и значительно позже, когда сифилитическая инфекция естественно ослабляется и сглаживается. К экзогенным реакциям заставляет отнести их типовой характер симптоматики—затемнение сознания или делирии. Специфическими для сифилиса в этих случаях являются обычные неврологические симптомы, равно как данные исследования

крови и спинномозговой жидкости. На сифилитическую натуру указывают обычно и благоприятные результаты специфической терапии.

К экзогенному типу реакции относится и так называемый сифилитический галлюциноз Плаута и параноидный сифилис Крепелина. По существу обе формы тесно связаны между собой и некоторыми авторами не отличаются друг от друга. Первой по времени была описана крепелиновская форма. Плаут в своей монографии 1913 г. описал совершенно аналогичные случаи, но акцент поставил не на бредовых идеях, а на галлюцинациях, чему соответствует и предложенное им название. И здесь имеют значение конституциональные факторы, именно в смысле патопластики. Аналогию с алкогольным галлюцинозом можно видеть и в том, что в некоторых случаях не легко отграничить его от шизофрении. Один из случаев, описанных Плаутом как сифилитический галлюциноз, впоследствии оказался ясной шизофренией. Плаут различал острые и более затяжные случаи галлюциноза. По Бострему параноидный сифилис Крепелина покрывается более общим понятием галлюциноза и отдельно им не описывается. Фабрициус, примыкая в общем к его взглядам по этому вопросу, различает в галлюцинозах две группы: собственно галлюцинозы и параноидную форму (Крепелин). Поскольку сущность здесь сводится к экзогенному типу реакции, слабоумия при галлюцинозах собственно быть не должно. По этой причине Бострем большинство случаев, описанных Р. Я. Голант, относит не к галлюцинозам, а ко второй группе сифилитических психозов — формам слабоумия.

Картина галлюциноза развивается постепенно. После периода неопределенных предвестников больные делаются недоверчивы, боязливы, обнаруживают бредовые идеи, главным образом преследования. В отличие от делириев типично непомраченное сознание. Галлюцинации чаще всего носят характер голосов с неприятным содержанием: больной слышит угрозы, брань по своему адресу, ему нашептывают самые отвратительные вещи, произносят по его адресу самые неприличные ругательства, издеваются над ним, осуждают все его действия, извращают самым возмутительным образом все его поступки, мысли. Отношение к галлюцинациям в общем критическое, именно как к болезненным проявлениям, но иногда больной теряет равновесие и начинает думать о возможности существования каких-то злонамеренных лиц или даже целой шайки каких-то преступников. Обилием и содержанием галлюцинаций и тем, что чаще всего речь идет о слуховых галлюцинациях, эта форма очень напоминает алкогольный галлюциноз, но галлюцинации здесь более упорны, причем это относится не только к самому факту обманов чувства, но и к их содержанию. Отграничение возможно также и потому, что в том и другом случае кроме собственно галлюцинаций наблюдаются и другие явления, свойственные основной болезни; в случае сифилитического галлюциноза — симптомы сифилиса мозга вообще, именно головные боли, намеки на очаговые симптомы, разница в зрачках, положительные данные исследования крови и спинномозговой жидкости; в случае алкогольного галлюциноза — изменения психики, характерные для алкоголизма, указания на аналогичные заболевания в прошлом и пр. Иногда картины этого рода можно встретить при про-

грессивном параличе. Галлюцинации при последнем вообще не представляют исключительного явления, но можно думать, что они должны быть поставлены в связь не с параличом как таковым, а с осложняющими свойственный ему процесс сифилитическими изменениями. Право на это дают особенно те случаи, где можно говорить именно о галлюцинозе. Сообщим вкратце историю болезни больного, страдавшего сифилисом мозга с картиной типического галлюциноза.

Больной 48 лет, еврей, бывший торговец, поступил в психиатрическую клинику 2 ММИ 26. XI 1926 г. с жалобами на бессонницу, тоскливость, раздражительность, непрерывные «голоса» ■ ушах.

В наследственности: отец умер 80 лет. Двоюродный брат по матери покончил с собой в молодости. До этого высказывал идеи самообвинения, греховности.

Анамнез. Родился здоровым и крепким ребенком. Enuresis nocturna изредка до 32 лет. Кончил 6-классное училище. С 18 лет торговал. В возрасте 25 лет какое-то поражение кожи вблизи коленного сустава; врач-венеролог назначил ртутные втирания.

31 года женился. Беременность жены, наступившая в первый же год замужества, закончилась выкидышем. 27 лет, упав с чердака, почувствовал резкую боль в ухе. С этого времени слух стал постепенно слабеть, и с 40—41 года окончательно оглох на левое ухо.

Заболел внезапно в ноябре 1925 г. После какого-то неприятного происшествия сразу пришел ■ возбуждение, кричал, ругался, потерял способность владеть собой. Чувствовал тревогу, тоску, не мог сидеть на месте. Перед глазами проносились картины из прошлого; по вечерам видел какого-то человека, уносящегося в облака. Не спал по ночам, был шум ■ ушах. Стал глухнуть на правое ухо. Поехал в Москву, где была сделана реакция Вассермана в крови, давшая отрицательный результат. В январе—феврале 1926 г. лежал ■ санатории в Киеве. Реакция Вассермана в крови ■ спинномозговой жидкости резко положительная, 4 вливания сальварсана. После вливания резкое ухудшение: шум в голове и ушах усиливается, появляются какие-то звуки ■ ушах, перешедшие постепенно в «голоса». Выписывается. Вскоре делает опять исследование крови, давшее снова положительный результат. В июне 1926 г. прививка больному малярии; переносит 7 приступов, после чего было сделано 5 вливаний неосальварсана и 25 внутримышечных инъекций, повидимому ртутных. Сразу резкое ухудшение: «голоса» превратились ■ нестерпимо яркие, непрерывные слуховые галлюцинации, появились тоскливость и раздражительность. Стал плохо спать.

Физическое состояние. Хорошо упитанный пикник. Сердце расширено. Тоны глухие. Пульс 90—95 ударов ■ минуту. Артерии жестковаты. Кровяное давление 95—130. Хронический слипчивый процесс в обоих ушах. Слух ■ понижен, но не утерян. Неврологически: субъективные жалобы на тяжесть в голове, головокружения, парестезические ощущения. Зрачки миотичны, реакция на свет отсутствует, на конвергенцию ■ аккомодацию — вялая. Асимметрия на лице, парез лицевого нерва. Рот перекошен влево, язык отклоняется вправо. Рефлексы: коленные — живые. Небольшой тремор пальцев, век. Симптом Ромберга. Скороговорки выговаривает плохо. Реакция Вассермана резко положительная.

Исследование спинномозговой жидкости: плеоцитоз, р. В. резко положительна. Больной совершенно сознателен, ориентирован. Критически относится к себе и к своей болезни. Больше всего беспокоят больного галлюцинации (слуховые). В голове непрерывный шум, ■ ушах несмолкаемый разговор. Голоса то детски тонкие, то пронзительные, густые. Говорят то в отдельности, то все вместе. Свистят, поют, читают вывески, произносят невообразимо циничные ругательства. Иногда произносятся вслух мысли больного. Других обманов чувств нет. Бредовым образом свои галлюцинации больной не истолковывает.

Критика все же немного пострадала, память также. Однако больной быстро ориентируется в ситуации, проявляет находчивость, житейскую ловкость.

Болезнь угнетает больного. Он тосклив, подавлен, раздражителен, но сдерживается, дисциплинирован. Живая мимика, подвижен.

Течение болезни. Значительных изменений в состоянии больного за время пребывания в клинике не произошло. Дважды была привита малярия, но безрезультатно.

Лечение. Вливание неосальварсана, инъекции 10% нуклеинокислого натрия. Ванны.

Здесь имеются все основания связывать генез галлюцинаторных расстройств с сифилисом мозга.

Картина сифилитического параноида, как она была описана Крепелином, характеризуется тем, что при наличии галлюцинаций на первый план выдвигаются бредовые идеи, чаще всего с характером преследования. Изменяется самочувствие больных; появляется подозрительность—пациенту начинает казаться, что против него что-то имеют, его обвиняют в различных предосудительных поступках, воровстве, безнравственном поведении. Иногда развивается замкнутость; негативистические установки по отношению к окружающему. Картина иногда напоминает параноидную форму шизофрении. Генез болезненных явлений в этих случаях, нужно думать, аналогичен тому, что имеет место при некоторых других инфекциях, отчасти также интоксикациях. В особенности много сходства можно видеть с теми случаями эпидемического энцефалита, при которых иногда наблюдаются картины паранойяльного бреда. В этих случаях значительную роль играет появление большого количества новых ощущений, изменяющих самочувствие и влияющих на восприятия впечатлений окружающего, почему можно говорить об особом генезе бреда и называть последний катестезическим. Роль соматических ощущений можно видеть с большой ясностью при энцефалите, при котором постоянным нужно считать поражение центров вегетативной нервной системы. На сравнительную частоту таких случаев обратили внимание на Всероссийском съезде в 1927 г. Р. Я. Голант и М. О. Гуревич. Сифилитический характер заболеваний этого рода нередко просматривается, и ставится ошибочный диагноз шизофрении. В зависимости от локализации процесса клиническая картина может принять форму шизофреноидного симптомокомплекса с кататоническими явлениями.

В одном случае мы наблюдали острое развитие параноидного симптомокомплекса вместе с рядом болезненных ощущений (головные боли, боли в позвоночнике) у молодого человека, перенесшего несколько лет назад сифилис: бред связывался главным образом с лечащими врачами; явления фокусного поражения почти отсутствовали, но исследование спинномозговой жидкости ставляло думать о сифилитическом процессе. Специфическое лечение дало полное выздоровление и в течение нескольких лет до настоящего времени (1934 г.) сохранение в полной мере работоспособности и хорошего самочувствия.

Течение галлюцинаторно-параноидных форм в общем длительное, с возможностью ремиссий; все же прогноз в таких случаях вследствие диффузности процесса, не ограничивающегося притом сосудами и оболочками, а поражающего главным образом нервную паренхиму, не особенно благоприятен, и специфическое лечение не всегда приносит значительную пользу.

Ко второй группе можно отнести несколько форм.

1. В случаях более тяжелых изменений клиника варьирует в зависимости от особенностей процесса и его локализации. Частоте поражения при сифилисе сосудов соответствует то, что можно более или менее обособить группу случаев, в которой симптоматика главным образом определяется расстройствами кровообращения. При этом в отличие

от церебрального артериосклероза гораздо чаще и скорее дело доходит до кровоизлияний и размягчений, почему можно говорить об особом а п о п л е к т и ф о р м н о м с и ф и л и с е. Клиническая картина в этих случаях характеризуется главным образом наличием очаговых расстройств в виде параличей глазных мышц, афазических и дизартрических расстройств, параличей конечностей и более или менее значительного ослабления интеллекта. Параличи развиваются в результате инсультов и бывают более стойки, чем при прогрессивном параличе. Из них особенно большое значение имеют параличи черепных нервов. Очень частым симптомом является опущение верхнего века—птоз, косоглазие, неравномерность зрачков и ослабление световой реакции, а также парез лицевого нерва. Что касается ослабления интеллекта, то оно представляет все особенности так называемого л а к у н а р н о г о с л а б о у м и я, т. е. не носит общего характера с поражениями психики в целом, а является суммой из ряда выпадения отдельных функций. В соответствии с этим у больных в более или менее полной мере сохраняется сознание ориентировки в окружающем и даже до известной степени сознание своей болезни. Течение также указывает на то, что в мозгу нет какого-либо одного общего процесса с неуклонной тенденцией к прогрессированию, а как бы ряд отдельных очагов, исходным пунктом которых являются кровоизлияния, следующие одно за другим без определенной правильности. Каждый новый инсульт дает обыкновенно ряд новых симптомов выпадения и некоторое общее ухудшение, которое до известной степени сглаживается, хотя параличи после некоторого восстановления движений остаются стационарными. В отличие от паралича помешанных новый инсульт не является толчком для дальнейшего прогрессирования. Течение болезни таким образом носит толчкообразный характер, состоя из ряда инсультов, в промежутках между которыми все явления остаются приблизительно *in statu quo*.

Так как каждое кровоизлияние ведет к более или менее значительному разрушению нервного вещества, то в конечном результате слабоумие может достигнуть очень глубоких степеней. Все течение растягивается не только на годы, но даже на целые десятки лет. На него большое влияние может оказать специфическое лечение, которое, хотя и не всегда, но очень часто приносит существенную пользу. Диагноз в таких случаях опирается на данных анамнеза, множественности симптомов, и притом в таком сочетании, что приходится думать о нескольких очагах, на течении и результатах серологического исследования. Долгая сохранность основного ядра личности, отсутствие равномерного и сравнительно быстрого прогрессирования, наличие ряда стойких явлений выпадения при отсутствии типичного симптома Аргиль-Робертсона и характерных расстройств речи представляют опорные пункты для отличия от паралича помешанных. Большим подспорьем могут служить данные исследования спинномозговой жидкости, в частности реакция Ланге (Lueszacke—см. общую часть).

2. Своеобразную как в клиническом, так и в анатомическом отношении форму сифилиса мозга представляет с и ф и л и с м е л к и х с о с у д о в. При этом процесс захватывает более или менее изолированно мелкие артерийки коры и других отделов. Так как изменен-

ными оказываются не отдельные сосуды, а сплошь все артерии этой категории, то процесс принимает диффузный характер с гораздо более тяжелыми последствиями для психики, чем то имеет место при сифилисе мозга в обычном смысле, когда дело ограничивается несколькими более крупными очагами. Эта форма получила свое название от характерного анатомического субстрата, но она является вполне определенной и в клиническом отношении. Типичным для нее нужно считать отсутствие таких грубых очаговых расстройств, как параличи черепных нервов, афазические явления, параличи конечностей; не наблюдается также и инсультов; вместе с тем, соответственно разлитому характеру изменений на первый план выдвигаются картины, характеризующиеся преимущественно психическими, а не неврологическими симптомами. Во всех случаях наблюдается более или менее ясное ослабление интеллекта, которое иногда может быть выражено очень резко. Характерны для него не только собственно явления выпадения, но и симптомы раздражения, расстройства настроения, галлюцинации, иногда оглушение и недостаточная ориентировка. Содержание галлюцинаций, чаще всего слуховых, носит неприятный характер, больного бранят, обвиняют в различных преступлениях, угрожают; реже бывают зрительные и какие-либо другие галлюцинации. Нередки также отрывочные, бредовые идеи преследования, ревности. Довольно частое явление также кататонические симптомы, негативизм, стереотипия, импульсивность, так что может возникнуть сходство с шизофренией. Возраст больных чаще всего около 30—40 лет. Течение длительное с большими колебаниями и ремиссиями. После ряда лет обычно дело доходит до значительного психического оскудения. С неврологической стороны отмечается нередко неравномерность зрачков, иногда с ослаблением световой реакции, слабо выраженный парез лицевого нерва и положительные данные при исследовании крови и спинномозговой жидкости, в том смысле, как это свойственно сифилису мозга вообще. Специфическое лечение приносит пользу, но не всегда она бывает значительна.

3. Чаще наблюдаются такие случаи, в которых более полно проявляется склонность сифилиса мозга к полиморфизму и множественности изменений, благодаря чему получается картина разлитого органического процесса с некоторыми характерными особенностями. Чаще всего встречаются такие формы, которые по своей симптоматике заслуживают название сифилитического псевдопаралича, так как тоже представляют сочетание слабоумия с теми или другими очаговыми симптомами. Кроме количественных изменений, ослабления формальных способностей интеллекта, памяти, соображения, способности ориентировки могут наблюдаться отдельные галлюцинации и бредовые идеи. В отличие от прогрессивного паралича очаговые симптомы здесь бывают более стойки и вместе с тем более грубы; они чаще всего развиваются в результате инсультов. Возможны и epileptiformные припадки. Нередко наблюдаются параличи черепных нервов, птоз, косоглазие, паралич лицевого нерва. Течение очень длительное, иногда продолжается более 10 лет. Возможны спонтанные ремиссии, специфическое лечение часто дает хорошие результаты.

В некоторых случаях чрезвычайно резко бывает выражено рас-

стройство памяти, иногда с преимущественным расстройством способности запоминания текущих событий. При этом может возникнуть картина, напоминающая аналогичное расстройство при корсаковском психозе. Иногда говорят в таких случаях о корсаковском или амнестическом симптомокомплексе. Расстройство памяти в этих случаях представляется конечно не изолированным явлением, а частью сложной клинической картины. Оно вместе с другими симптомами также может поддаваться специфическому лечению.

4. В некоторых случаях главным клиническим симптомом сифилиса мозга являются судорожные припадки с особенностями, вполне соответствующими эпилепсии. Фурнье и Бинсвангер думали о возможности развития эпилепсии на почве сифилитического заражения исключительно вследствие отравления нервной системы токсинами без обязательного участия в генезе анатомических изменений. Сифилису свойственно вызывать изменения со стороны оболочек, ясно сказывающиеся на результатах исследования спинномозговой жидкости в таких случаях или в таких периодах болезни, когда не наблюдается никаких субъективных жалоб, ни неврологических изменений. Это особенно относится ко вторичной стадии болезни. Поэтому существование чисто токсической формы эпилепсии, вызванной сифилисом, с полным основанием подвергается теперь сомнениям. С другой стороны, нередко наблюдаются случаи сифилиса мозга, в которых главным и почти единственным симптомом являются судорожные припадки. Чаще приходится констатировать, что последние представляют часть сложной клинической картины, свойственной сифилису мозга как органическому заболеванию, но иногда такие очаговые симптомы, как параличи черепных нервов, моно- и гемипарезы, бывают настолько незначительны, что судорожные припадки получают значение чего-то самостоятельного. Еще чаще бывает так, что довольно сложный комплекс клинических явлений, включающих в себе и судорожные припадки, с течением времени или сам собой или под влиянием специфического лечения все больше редуцируется и в конце концов сводится к одним только припадкам. Внимательное изучение последних иногда открывает все же особенности, указывающие на органическую подкладку, например параличное состояние какой-нибудь ограниченной группы мышц, остающееся на некоторое время после припадка, повышение рефлексов или патологические рефлексy на одной стороне. При этом такие явления в одной и той же форме могут наблюдаться после каждого припадка, что указывает на какие-то стойкие изменения, лежащие в их основе. От эпилепсии как таковой эти случаи отличаются еще более тем, что ■ них нет ничего кроме судорожных припадков, между тем у настоящих эпилептиков наблюдаются и типические изменения характера. Точно так же и течение здесь совершенно иное. До заболевания сифилисом не отмечается никаких явлений, могущих указывать на эпилепсию. Ночных страхов, ни ночного недержания мочи, ни лунатизма. Может случиться однако, что сифилис мозга развивается у больного с предрасположением к эпилепсии, которая, оставаясь до известного момента в скрытом виде, выявляется сифилитическим процессом. В этом случае кроме судорожных припадков наблюдаются и другие признаки эпилепсии, но это будет в сущности комбинация двух заболеваний.

иногда раз
тому забол
представит
что постан
томах, как
уберечь себ
должна пр
что относи
ности, если
водит к ре
сходство т
себе недо
картине ес
ваний это
галлюцин
симптомов
заболевани
сифилисом
чая, несоо
которое им
ков без тс
эпилептич
дело идет
заболевани
формы сиф
зофрению
иного про
просматри
врача сто
труднения
лекта в ст
ческого пр
нетрудно
нической
ний, в ос
чение с ча
значение
Но нельзя
чения не т
ражение, н
ным или м
ше приход
и здесь ну
против сиф
исследова
глобулин
отрицател
гущие на
тив сифи
стические
судов, сл
раличу по
прос о воз
возраста
мов повы
а специал
ные, но по
не дает т
шей част
является
свойствен
тике сифи
вляют не

Ввиду разнообразия симптоматики церебрального сифилиса, дающего иногда различные с виду картины, приближающиеся то к одному, то к другому заболеванию, точное выяснение характера болезни нередко может представить известные затруднения. Но если помнить во всех случаях, что постановка диагноза не может основываться только на отдельных симптомах, как бы ни были они значительны, ни даже на группе их, то можно уберечь себя от неприятных ошибок. Постановке диагноза здесь, как и везде, должна предшествовать кропотливая работа по точному установлению всего, что относится к status и анамнезу. Анализ симптомов в целом и в отдельности, если он сделан с достаточной полнотой, большей частью быстро приводит к решению вопроса. Всегда важно помнить, что как бы ни было велико сходство того или другого случая с отдельным заболеванием, оно само по себе недостаточно для постановки диагноза, особенно если в клинической картине есть такие явления, которые не соответствуют делаемому на основании этого сходства предположению. Например наличие в картине галлюциноза или параноида, напоминающего шизофрению, органических симптомов естественно должна заставить думать о каком-то органическом заболевании, которое при ближайшем рассмотрении часто оказывается сифилисом мозга. На такие же сомнения должна наводить атипичность случая, несоответствие его с тем, что обычно наблюдается при том заболевании, которое имеется в виду. Например позднее появление судорожных припадков без того, чтобы в детстве или молодые годы наблюдались какие-нибудь эпилептические antecedents, должно наводить на предположение, что дело идет о симптоматических припадках, указывающих на какое-то иное заболевание, а не эпилепсию. Имеет значение также, что легче некоторые формы сифилиса мозга принять за какой-либо иной психоз, например шизофрению, чем, наоборот, это заболевание или положим галлюциноз иного происхождения принять за мозговой сифилис. Последний нередко просматривается, но если вообще предположение о нем возникло, то в руках врача столько надежных опорных пунктов, что обычно легко выйти из затруднения. В случаях тяжелых заболеваний с ясными изменениями интеллекта в сторону упадка всегда нужно ставить вопрос, нет ли налицо органического процесса, а раз этот основной вопрос решен в положительном смысле, нетрудно решить, не является ли он сифилисом мозга. За последний клинической картине говорит разнообразие симптомов, наличие очаговых явлений, в особенности указания на параличи черепных нервов, длительное течение с частыми колебаниями в смысле улучшения и ухудшения. Имеют значение данные анамнеза, в частности указания на сифилис в прошлом. Но нельзя забывать, что отрицательные данные не имеют большого значения не только потому, что у больных могут быть причины скрывать свое заболевание, но еще больше вследствие того, что сифилис мог остаться незамеченным или мог быть не оценен во всем своем значении. В этом отношении больные приходится полагаться на результат серологического исследования, хотя и здесь нужно помнить, что отрицательная р. В. в крови не говорит непременно против сифилитического характера заболевания. Большое значение имеет исследование спинномозговой жидкости, очень часто дающее плеоцитоз, глобулиновые реакции и характерную кривую реакции Ланге. Совершенно отрицательные результаты исследования спинномозговой жидкости не могут служить для объяснения недавним специфическим лечением, говорят против сифилитического заболевания. Наибольшие дифференциально-диагностические затруднения могут представить некоторые формы сифилиса сосудов, случаи гуммы мозга и различные изменения, приближающиеся к параличу помешанных. В первом случае приходится обыкновенно решать вопрос о возможности артериосклероза. Здесь помимо в общем более молодого возраста при сифилисе мозга имеет значение то, что не наблюдается симптомов повышенного кровяного давления, склероза периферических артерий, а специальные исследования крови и жидкости дают хотя не резко выраженные, но положительные результаты. Гумма мозга, хотя и является опухолью, не дает типической картины повышенного внутричерепного давления; большей частью не бывает и застойного соска, кроме того она обыкновенно не является единственным изменением специфического характера, почему свойственные ей симптомы как бы растворяются в более сложной симптоматике сифилиса мозга в широком смысле. Наибольшие затруднения представляют некоторые случаи диффузного сифилиса, дающие картину тяжелого

поражения интеллекта, иногда чрезвычайно близко напоминающую прогрессирующий паралич, тем более, что в этих случаях налицо всегда бывают и различные очаговые симптомы, ■ частности изменения со стороны зрачков и речи. Хотя прогрессирующий паралич по существу представляет одну из форм сифилиса мозга, все же имеются все основания отделять оба заболевания. При сифилисе мозга изменения, как бы они ни были глубоки, не дают такой тяжелой картины слабоумия, как при параличе. Вместе с большей длительностью процесса, не обнаруживающего притом неуклонной тенденции к прогрессированию, при сифилисе дело не доходит до глубоких изменений личности, и вместе с тем обычно сохраняется сознательное отношение к окружающему, нередко имеется и сознание своей болезни. Особенно надежными отличительными пунктами являются данные исследования крови и жидкости. Реакция В. в последней, как и при параличе, бывает положительна, но глобулиновые реакции менее выражены, чем при параличе, так же как и плеоцитоз. Кривая реакции Ланге при сифилисе мозга представляет существенные отличия от прогрессивного паралича. С другой стороны, нужно иметь в виду, что наличие сифилитического заражения и даже ясные признаки сифилитических изменений мозга не дают права на заключение, что все наблюдаемые расстройства в психической сфере должны быть сведены к сифилису мозга. Например при частоте сифилиса, с одной стороны, шизофрении—с другой, могут быть случаи, которые нужно рассматривать как комбинацию обоих заболеваний. Возможны комбинированные формы прогрессирующего паралича ■ собственно сифилиса, чаще всего с сосудистыми расстройствами. Описано сочетание паралича с гуммами, не так редко можно констатировать сочетание артериосклероза ■ сифилиса мозга, сифилиса ■ алкогольных заболеваний. Могут представить затруднения для диагноза и многочисленные случаи психопатий с сифилитическим заражением, иногда и с симптомами сифилиса мозга.

Сифилис мозга с анатомической стороны

Сифилис мозга с анатомической стороны, как ■ с клинической, характеризуется своим полиморфизмом. В каждом отдельном случае налицо оказываются различные изменения с неодинаковой локализацией, благодаря чему картина анатомических изменений очень разнообразна. Но все же все изменения можно свести к трем основным типам: сифилитическим новообразованиям—гуммам, хроническим гиперпластическим процессам и поражению сосудов. Гуммы встречаются ■ качестве единичных или множественных узлов. Большей частью это нерезко отграниченные узлы величиной от конопляного зерна до лесного ореха, но могут быть и образования, охватывающие целую долю мозга или часть ее (рис. 71); с другой стороны, могут быть опухоли, которые легко просмотреть, если не прибегать к микроскопическому исследованию. Цвет их, если не наступает перерождений, большей частью сероватозеленый, консистенция в свежих случаях резистентная, иногда довольно плотная, при пальпации она больше всего напоминает каучук, откуда и название. Гуммы локализуются главным образом в твердой мозговой оболочке, более или менее одинаково как на основании, так и с выпуклой стороны полушарий. На основании они чаще всего помещаются в соседстве с артериальными стволами. Что касается самого вещества мозга, то здесь они локализуются или в коре, или в более глубоких участках, в последнем случае очень часто в области центральных ганглиев. В общем гуммы чаще всего связаны с оболочками или стенками сосудов.

Помимо обособленных узлов сифилитическое новообразование очень часто дает диффузную инфильтрацию, проникающую в ткани на

значительные; обычная инфильтрация не имеет и с ней же в сифилитических процессах большие изменения в оболочке (рис. 72). Изменения в оболочке редко стоят в изоляции, возмущая окружающие ткани. Возникновение периферических изменений к

Что касается облитерирующего (рис. 73). При этом происходит стеноз сосудов. Диффузные разрывы и изменения. При слабых изменениях, которые в некоторых случаях

Заболевания частоте и большую часть случаев считают сифилитическими. Изменения в оболочке, чаще всего диффузные, мало заметные, но в некоторых случаях изменения в оболочке, чаще всего диффузные, мало заметные, но в некоторых случаях

значительное протяжение; обычно такая диффузная инфильтрация окружает и самую гумму. С ней же в связи стоят хронические гиперпластические процессы, которые больше всего выражены в оболочках (рис. 72). Изменения твердой мозговой оболочки нередко стоят в связи с изменениями костей черепа. Возникающие таким образом гуммозные периоститы ведут к утолщению кости и к срастанию с мягкой мозговой оболочкой.

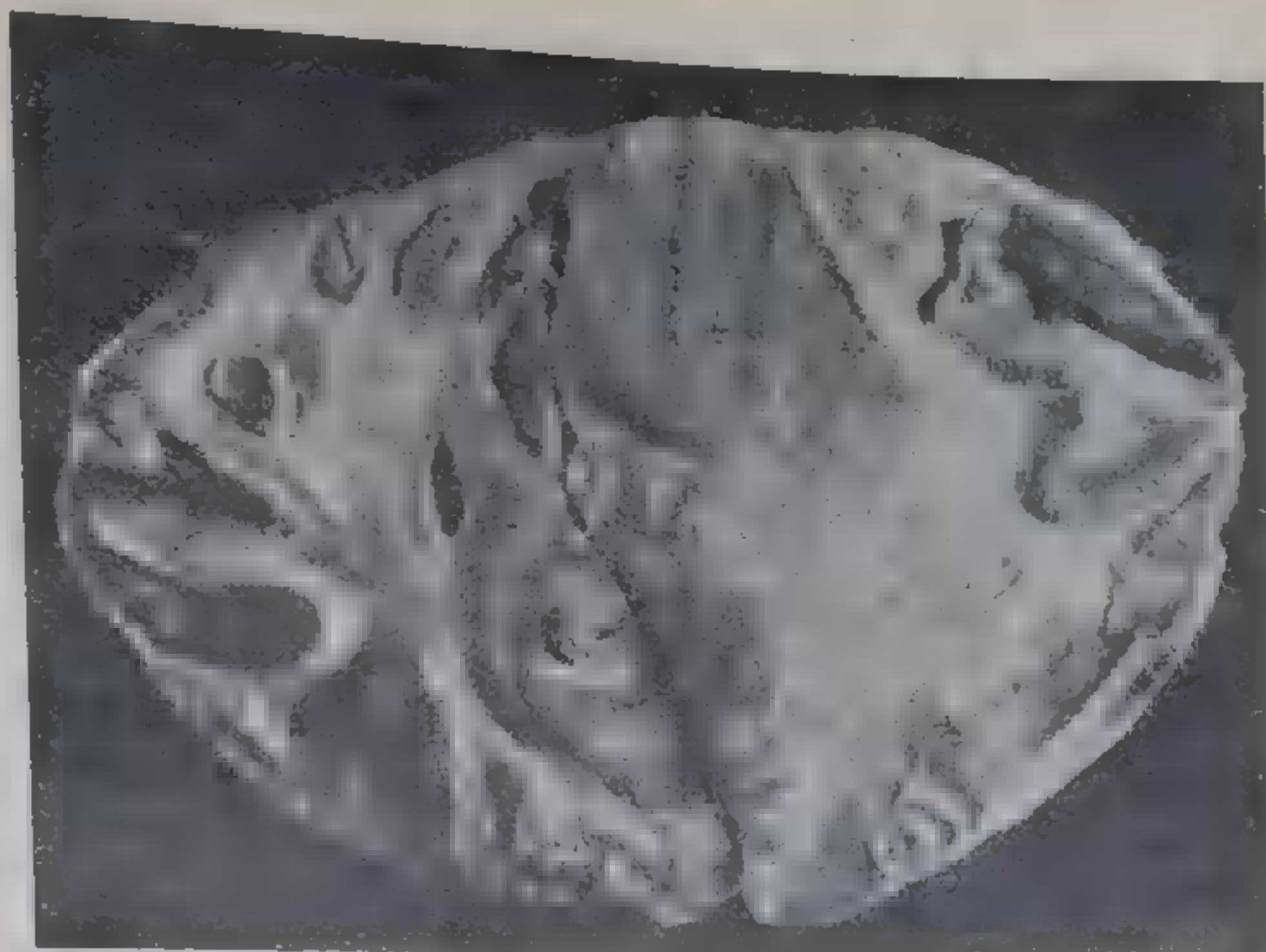


Рис. 71. Гумма лобной доли (отмечена крестиком).

Что касается сосудистой формы мозгового сифилиса, то картина облитерирующего эндоартериита была описана еще Гейбнером (рис. 73). При полной закупорке сосуда наступает размягчение соответствующего участка со всеми особенностями колликвационного некроза. Другим последствием является кровоизлияние вследствие разрыва сосуда. В некоторых не частых случаях сифилитические изменения констатируются почти исключительно в мелких сосудах. При слабом увеличении обращает на себя внимание обилие сосудов, которые ясно выступают благодаря тому, что кажутся инфильтрованными.

Сифилис мозга ■ детском возрасте

Заболевания на почве сифилитического поражения мозга по своей частоте и тяжести последствий для развивающейся психики играют большую роль в детской патологии, причем здесь чаще приходится считать не с инфекцией после рождения, а с проявлениями врожденного сифилиса. Передача последнего может иметь место со стороны как отца, так и матери, но передача через плацентарное кровообращение доказана и бактериологически. Сифилис при такой передаче, действуя как *Keimschädigung*, влияет очень глубоко на развитие всего организма, ослабляя и задерживая его и часто делая ребенка маложизнеспособным. По Энгель-Реймерсу из 100 детей с наследственным сифилисом первый год переживают только 28. Из общих изменений организма постоянно можно наблюдать картину и н ф а н т и л и з м а, слабый рост, мало развитую мускулатуру, редкие волосы, часто гипоплазию половых органов, утолщение костей черепа, микродонтию (маленькие зубы), а также зубы с выемкой на режущем крае, неправильное развитие костей вследствие специфического процесса в эпифизах, иногда седловидный нос. Большое значение имеет склонность сифилиса поражать различные органы внутренней секреции. В развивающемся организме это может привести к развитию своеобразной картины, варьирующей в зависимости от того, какая железа бывает более всего поражена. Нередко комплексы изменений соответствуют микседеме и кретинизму, гипофизарному ин-



Рис. 72. Гуммозный менингоэнцефалит. Утолщение и инфильтрация мягкой мозговой оболочки.

о позднем наследственном сифилисе. Описаны случаи, когда первые проявления болезни отмечены в возрасте около 30 лет. По Фурнье чаще всего такие признаки обнаруживаются около 12 лет. Что касается собственно анатомических изменений, то здесь возможно все то, что представляется обычным в патологии взрослого: менингитические и энцефалитические процессы, кровоизлияния и размягчения на почве изменения сосудов, изредка — гуммы. По данным Альцгеймера особенно большую роль играет специфический менингоэнцефалит. И здесь характерно, что чаще всего налицо оказывается не одно изменение, а целая группа их. Но так как в данном случае сифилисом поражается еще только формирующийся мозг, то специфический аспект картине наследственного сифилиса придают признаки задержанного или неправильного развития. С другой стороны, преимущественное поражение одного какого-нибудь сосуда или местного менинго-энцефалитический процесс может дать в результате то, что помимо изменений, распространенных по всем отделам, могут наблюдаться какие-нибудь ограниченные очаги. Соответственно этому клиническая картина сифилиса мозга у детей складывается, с одной стороны, из более или менее резкого слабоумия того типа, который свойствен вообще олигофрениям, с другой — из тех или других симптомов местного поражения различных отделов нервной системы, причем здесь симптоматика будет меняться в зависимости от локализации процесса. Очень часто бывают симптомы поражения черепных нервов, зависящие чаще всего от менингитических изменений на основании мозга, иногда от ядерных поражений. Птоз с одной или обеих сторон, различные виды косоглазия принадлежат к числу очень ча-

фантилизму, адинозогенитальной дистрофии и пр. Все эти данные мы приводим, чтобы показать, насколько губительно отражается врожденный сифилис на всем организме помимо собственно нервной системы. Поражение последней стоит далеко не на первом месте. По Гейбнеру в порядке убывающей частоты следуют: кости, печень, легкие, селезенка, желудочно-кишечный канал, сердце и сосуды, нервная система. Румпф считает, что изменения последней наблюдаются в 13% всех случаев врожденного сифилиса. Чаще всего первые признаки болезни обнаруживаются в первое время после рождения, но иногда они могут быть отмечены сравнительно поздно как вообще, так в частности в нервной системе. Со времени Фурнье и Рабля в таких случаях говорят

стных сим
самое са
относитель
мерности
более или
тельном о
товой ре
кое явл
строитель
ствие атр
ных нерв
в сетчат
также осл
К числу
мов прин
развитие
лицевого
роны тул
ностей оч
ходится с
личными
форме мо
резов, ин
обычно с
ми. Рас
характер
ла; парал
тельно о
половино
рые у де
гичных
экстрапи
хореи в
гда набл
видеть
явления
могут на
явлений
циям явл
явлений
иногда п
проявлен
ственном
очень ча
различно
зультате
ции), но
мнению
4% всех
различно
ваются о

28 Психи

стных симптомов. То же самое следует сказать относительно неравномерности зрачков и о более или менее значительном ослаблении световой реакции; нередкое явление также расстройство зрения вследствие атрофии зрительных нервов и изменения в сетчатке. Возможно также ослабление слуха. К числу частых симптомов принадлежат недоразвитие речи и парез лицевого нерва. Со стороны туловища и конечностей очень часто приходится считаться с различными параличами в форме моно- и гемипарезов, иногда диплегий, обычно с контрактурами.

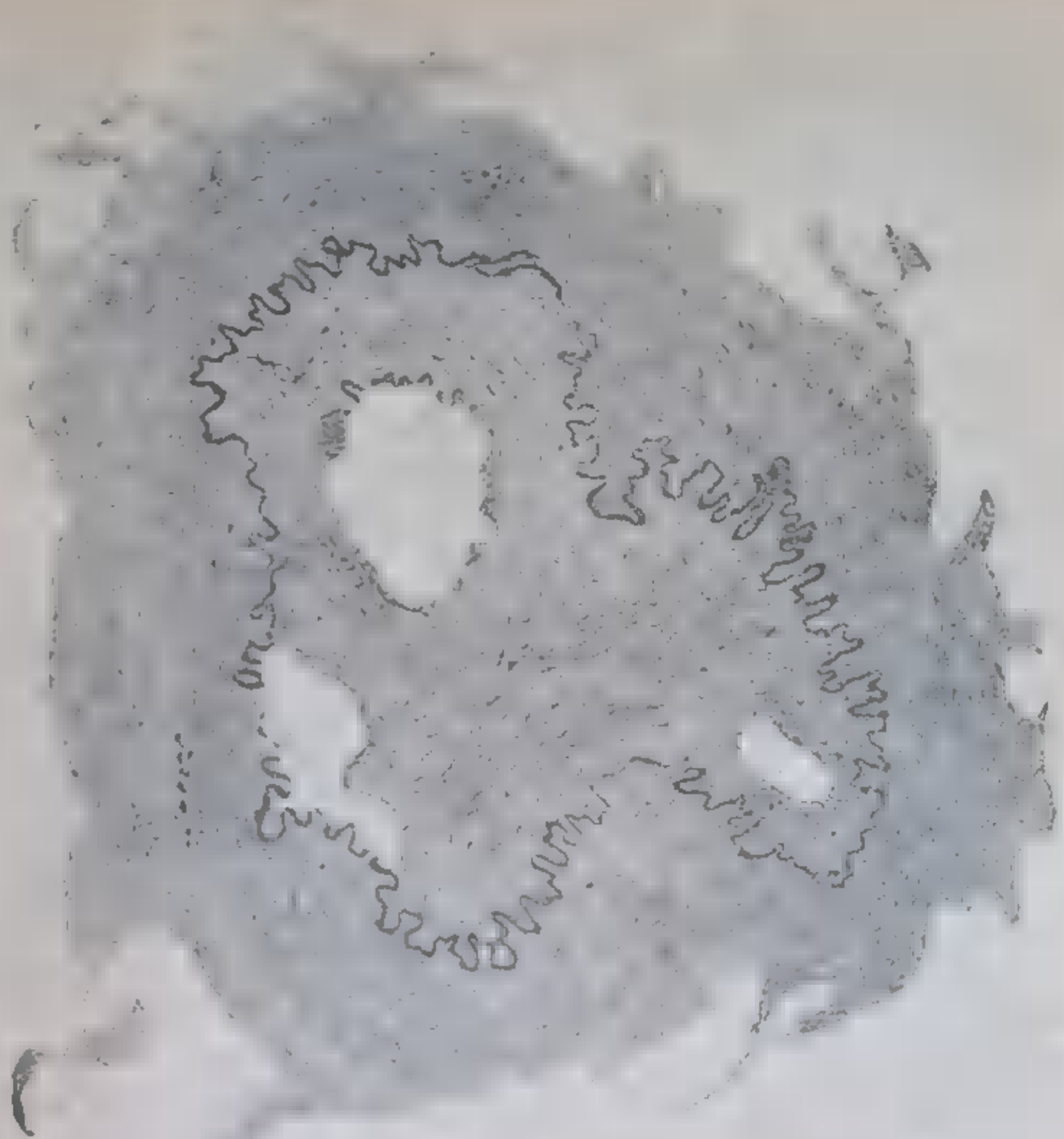


Рис. 73. Облитерирующий эндоартериит основной артерии в случае детского паралича.

Расстройства этого рода у детей, в отличие от взрослых, характеризуются явлениями задержки развития пораженной части тела; парализованная конечность или парализованная половина значительно отстает в росте, причем разница сравнительно со здоровой половиной еще более увеличивается благодаря контрактурам, которые у детей вообще гораздо резче бывают выражены, чем при аналогичных расстройствах у взрослых (рис. 74). Нередко наблюдаются экстрапирамидальные симптомы, чаще всего в форме атетоза или хореи в парализованных конечностях. Хореические движения иногда наблюдаются и у взрослых гемиплегигов, но у детей их можно видеть значительно чаще. Хореические движения или судорожные явления какого-нибудь другого характера обычно на одной стороне могут наблюдаться и в качестве изолированного расстройства без явлений паралича. Наклонность детского мозга к судорожным реакциям является причиной того, что гемипарез в детском возрасте кроме явлений слабоумия нередко осложняется судорожными припадками, иногда протекающими по джексоновскому типу, иногда же по своим проявлениям ничем не отличающимися от эпилептических в собственном смысле. Гемипарез, слабоумие и судорожные припадки — очень частое в клинике детского возраста сочетание — могут быть различного происхождения (травмы, в частности полученные в результате тяжелых родов, энцефалиты, осложняющие детские инфекции), но во многих случаях причину нужно искать в сифилисе. По мнению Кенига за счет этой этиологии нужно отнести не менее 4% всех детских церебральных параличей. Последствия для психики различных очаговых поражений в детском возрасте потому оказываются особенно значительными, что здесь они часто принимают более



Рис. 74. Правосторонний гемипарез при врожденном сифилисе.

редко более или менее симметричны. Как думают, эта склонность к симметричности особенно свойственна изменениям, вызванным сифилисом. Для оценки последнего как патогенного фактора нужно принять во внимание, что в случае наличия очаговых изменений последствия для развивающейся психики при прочих равных условиях будут более значительны, когда они вызваны сифилисом, так как в этом случае к тормозящему действию очага само по себе присоединяется и свойство его как яда, действующего в том же смысле на нервную систему в целом. С другой стороны, очаговые изменения рубцового характера на почве сифилиса могут дать повод для развития эпилепсии и в тех случаях, при исследовании которых нельзя бывает открыть никаких изменений со стороны движения, чувствительности или рефлексов. Брац и Лют считают, что от 4 до 7% всех случаев эпилепсии — сифилитического происхождения.

Менингитические изменения на почве сифилиса, а также утолщение стенок сосудов и закупорка их просвета могут быть причиной расстройства лимфообращения, ведущего к развитию внутренней

распространенный характер. Кровоизлияния и размягчения нередко ведут к образованию полостей, сообщающихся не только с желудочками, но и с поверхностью мозга. Такие дефекты со времен Гешля известны под именем поренцефалий (рис. 75) и представляют нередкую находку при вскрытии олигофренов с симптомами местного поражения. Они

■ основе имеют различные моменты, но очень часто это бывает сифилис. При менее выраженном действии тех же моментов может не получиться полости в собственном смысле, ■ только сморщивание, недоразвитие соответствующей части мозга, иногда всей половины, иногда отдельной доли или группы извилин. При этом получается картина местного склероза мозга, так называемого лобарного склероза (рис. 76). К особенностям очаговых поражений детского мозга как ■ смысле поренцефалии, так и лобарного склероза относится то, что они очень часто бывают двусторонними ■ не-

Рис. 75.

водянки
лису, но
ет именн

При
распозна
гораздо б
ния заде
на конст
всем орга
видном н
речислен
вообще в
шой веро
самого за
ношении
наличие
ность в н
отношени
номозгов
цательные
заведомых
чаев, по да
процент с
ся. Предс
для харан
различны
очень кра
реакцию
взрослых
Томсон, Б
а у детей д
для диагно
но с возра
По Тецнер

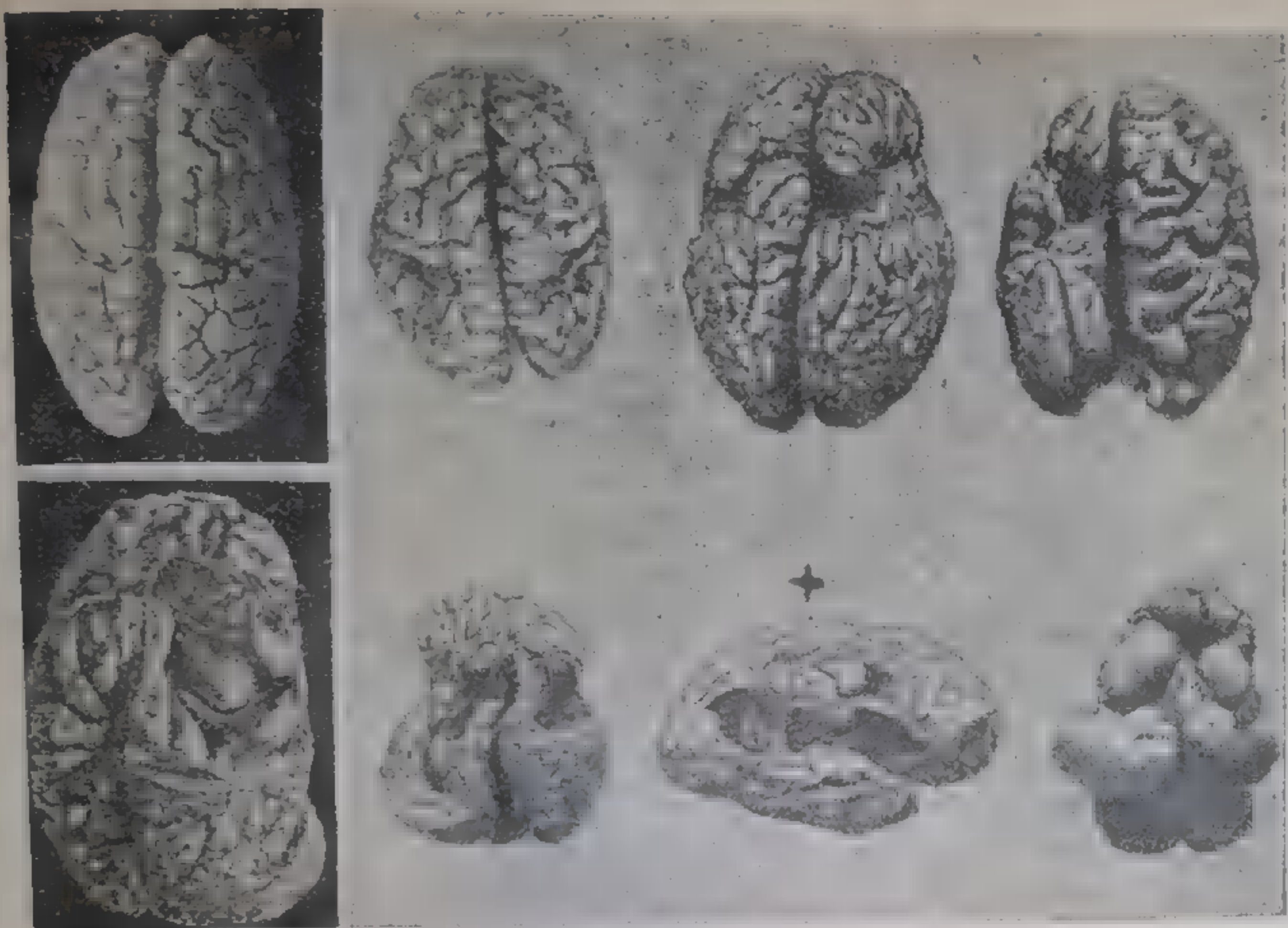


Рис. 75. Поренцефалические дефекты в мозгах идиотов. Крестиком отмечен дефект в мозгу взрослого (редкий случай).

водянки. Она может образоваться и без всякого отношения к сифилису, но часто в качестве этиологического фактора главную роль играет именно он.

При разнообразии клинической картины мозгового сифилиса у детей распознавание его представляет часто значительные затруднения и нередко гораздо большие, чем у взрослых, именно потому, что примешиваются явления задержанного развития. Диагноз должен основываться прежде всего на констатировании признаков сифилиса, и в частности врожденного, во всем организме,—неправильности формирования всего туловища, седловидном носе (рис. 77) и пр. В этом отношении имеют значение все вышеперечисленные соматические признаки. При ясных указаниях на сифилис вообще всякий процесс, затрагивающий нервную систему, с очень большой вероятностью может быть отнесен именно к нему. Анализ особенностей самого заболевания может дать еще больше опорных пунктов. В этом отношении особого внимания заслуживает полиморфизм клинической картины, наличие вышеописанных очаговых симптомов и сравнительная успешность в незапущенных случаях специфического лечения. В диагностическом отношении нельзя умалять также и значения исследования крови и спинномозговой жидкости, хотя здесь в особенности нужно помнить, что отрицательные результаты р. В. сами по себе мало доказательны. Даже у детей заведомых сифилитиков р. В. бывает положительна в меньшей части случаев, по данным Плаута только в 44%. Заслуживает внимания, что при этом процент серопозитивных случаев с течением времени постепенно уменьшается. Представляют интерес следующие данные, которые могут служить также для характеристики частоты сифилиса у олигофренов. Цифры, полученные различными авторами, довольно значительно расходятся, но в общем они очень красноречивы. Липпман нашел у взрослых идиотов положительную реакцию в 13,2%, Кельнер, Клеменц, Брюкнер и Раутенберг, исследуя взрослых идиотов и эпилептиков, получили 7,4%. Датские исследователи Томсон, Бра, Хлор и Лешли у взрослых нашли положительную р. В. в 1,5%, а у детей до 10 лет—в 4,3%. Положительная р. В. в спинномозговой жидкости для диагностики сифилиса нервной системы несомненно более доказательна, но с возрастом и она все чаще бывает отрицательна при заведомом сифилисе. По Тецнеру процент положительной реакции при этом с 62,5 падает до 30,8.

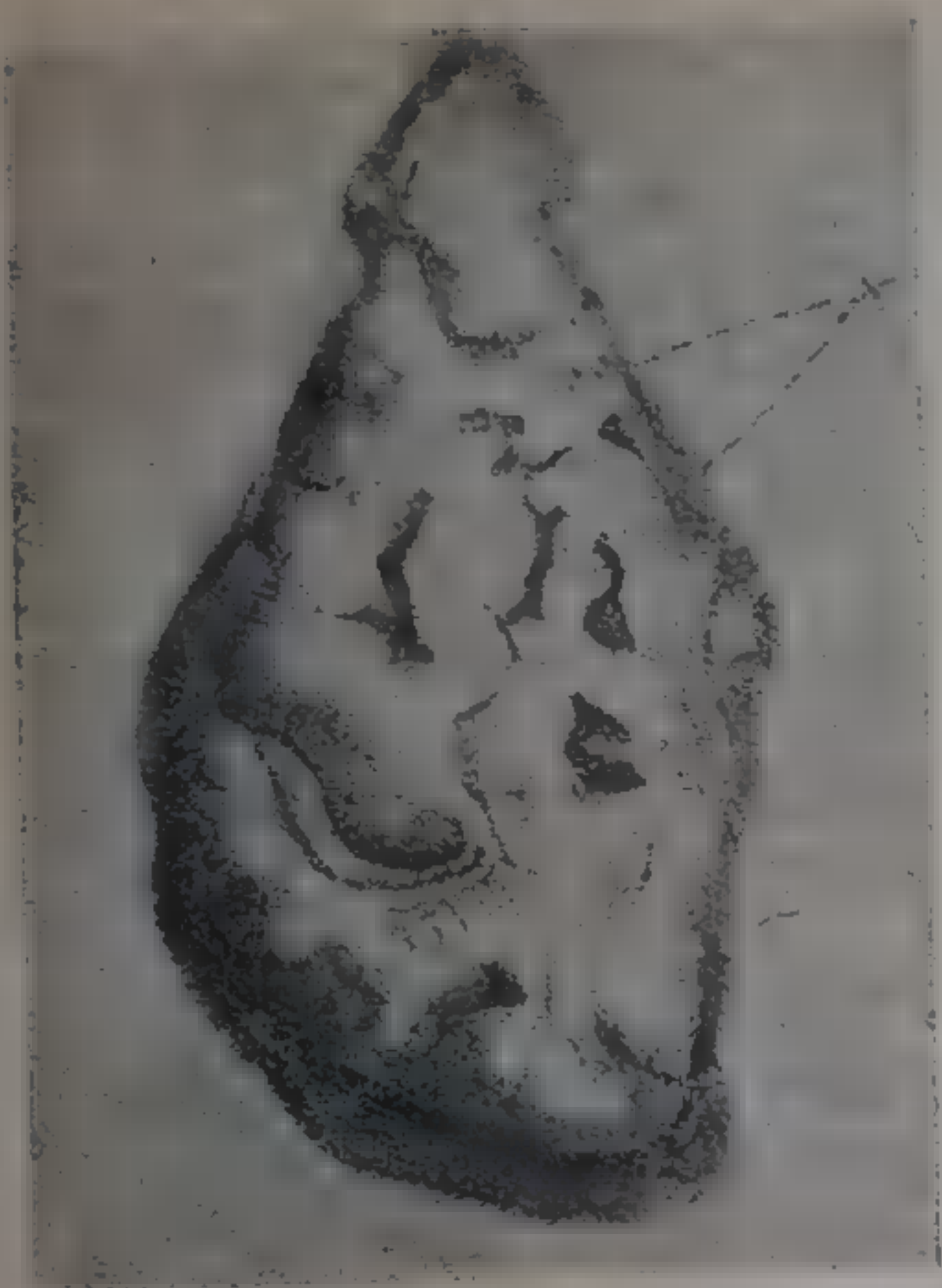


Рис. 76. Крестиком отмечена группа сморщенных извилин при лобарном склерозе.



Рис. 77. Лицо мальчика с врожденным сифилисом (резко выраженный седловидный нос).

На лечение детей с невро-сифилисом должно быть обращено особенное внимание, так как терапия бывает нередко очень успешна и тем успешнее, чем своевременнее начато лечение. Втирание серой ртутной мази у детей не применимо из-за слишком малой поверхности тела и нежности кожи. Хорошо переносятся впрыскивания с улемы (столько миллиграммов на одну инъекцию, сколько ребенку лет), вливания сальварсана в одну из шейных вен (в сантиграммах по числу лет). Большую пользу приносит биохиноль и обычные препараты йода.

26. ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ ПОМЕШАННЫХ (НАРАСТАЮЩИЙ ПАРАЛИЧ ПОМЕШАННЫХ. ПАРАЛИТИЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ. ПОЗДНЕЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЗГА)

Определение понятия болезни

Прогрессивный паралич помешанных, в психиатрической практике обычно называемый сокращенным именем паралич, принадлежит к наиболее тяжелым душевным заболеваниям. Благодаря своей большой частоте и интенсивности болезненных явлений он давно уже обращал на себя внимание психиатров и в настоящее время представляет один из наиболее изученных психозов. В основе его лежит прогрессирующий деструктивный процесс, более всего выраженный в мозгу, но распространяющийся на весь организм и обязанный своим происхождением сифилису. Этим определяется и наиболее существенное в его клинической картине, являющейся сочетанием своеобразного, все нарастающего слабоумия и ряда так называемых физических при-

наков со стороны зрачков, речи, движения вообще и рефлексов, представляющих по своей сущности явления паралича, определившие собой и самое название болезни.

В таком понимании прогрессивный паралич известен в психиатрии немного более ста лет, именно со времени французского психиатра Байля, который в 1822 г. установил понятие этой болезни в современном смысле как сочетания физических симптомов с характерными психическими проявлениями. Хотя прогрессивный паралич, представляющий по своей сущности одну из форм невросифилиса, является сравнительно новой болезнью, так как сам сифилис появился в Европе только около XVI столетия, все-таки случаи этой болезни наблюдались и раньше Байля, но не находили себе правильной оценки тем более, что научное изучение психиатрии началось только со времен Пинеля, т. е. около ста лет назад. Ознакомление с архивами некоторых старых психиатрических больниц дает возможность познакомиться с историями болезней, которые несомненно относятся к прогрессивному параличу, хотя в них нет диагноза этой болезни, так как установление точного понятия о ней дано позднее. Например в архиве Саксонской больницы в Зонненштейне сохраняется одна такая история болезни с начала XIX столетия. Интересно отметить, что Эскироль еще до Байля обратил внимание, что те случаи психозов, которые вместе с другими симптомами характеризуются расстройством речи, текут очень неблагоприятно и оканчиваются смертью. Его замечание «*Le trouble de la parole est un signe mortel*» конечно относится к прогрессивному параличу. Долгое время и после того, как было дано точное понятие этого психоза, клиническая картина его не имела достаточной очерченности. К параличу несомненно относили очень много случаев органических заболеваний с иной основой. Большую определенность учение о нем получило, когда на помощь клинике стала приходит патологическая анатомия. Большое значение в этом отношении имело открытие Мержеевским в 1878 г. и Тютчеком в 1884 г. изменений тангенциальных нервных волокон в коре как признака, очень характерного для прогрессивного паралича. Это дало возможность точно отграничить его от старческого слабоумия, мозгового артериосклероза и других заболеваний. Мысли о связи его с сифилисом впервые высказывались клиницистами сначала осторожно, потом все в более настойчивой форме, так что ко времени открытия японцем Ногучи (Noguchi) бледной спирохеты в мозгах паралитиков в 1911 г. они у большинства психиатров сложились в форму определенного убеждения.

Клиника прогрессивного паралича

Паралич в типических случаях начинается очень незначительными признаками, появляясь в виде симптомов общей нервности. Первые признаки появляются обычно на фоне полного психического здоровья и большей частью кажутся ничем не вызванными, хотя иногда бывают указания на переутомление и психические моменты. Прежде всего имеет значение возраст, в котором обнаруживается эта болезнь. Опыт показывает, что чаще всего она поражает человека в период наибольшего развития его физических и психических сил, именно между 30 и 45 годами. Это объясняется главным образом тем, что паралич помешанных развивается в среднем через десять лет после заражения сифилисом, а возраст от 20 до 35 лет как период наибольшей половой активности является тем временем, на которое чаще всего падает специфическое заражение. Имеет значение также и то, что для развития прогрессивного паралича недостаточно одного заражения; это видно уже из того, что только 3 или 4% всех сифилитиков заболевают впоследствии параличом. Последний факт помимо того, что имеют значение некоторые наследственные моменты,

объясняется известной ролью в развитии болезни различных экзогенных факторов, физического и в особенности интеллектуального переутомления, различного рода излишеств, психической травматизации и алкоголизма, которые наиболее часты и интенсивны как общее правило именно в периоде от 30 до 40 лет. Так как частота и интенсивность перечисленных моментов у женщин естественно в общем сравнительно менее значительны, то у них паралич наблюдается реже, чем у мужчин. В смысле распределения случаев паралича по возрасту и полу заслуживает внимания таблица, составленная Крепелином (рис. 78).

Из нее видно, что частота заболевания параличом, наиболее значительная в указанный период, к старости, с одной стороны, и молодому возрасту, с другой, все убывает, хотя возможны случаи паралича и за 60 лет, равно как в юношеские годы и даже в детстве. В последнем случае паралич развивается обычно на почве врожденного, а не приобретенного сифилиса.

Хотя паралич помешанных представляет определенную мозговую болезнь с исходом в глубокое слабоумие, истинная физиономия его вырисовывается далеко не сразу, и на первых порах он проявляется главным образом симптомами раздражения, а не упадка. Это естественно, так как паралич помешанных—общее заболевание организма, при котором резко расстраиваются вегетативные процессы, дающие ряд неприятных ощущений и влияющие на самочувствие. Головные боли, раздражительность, повышенная утомляемость, рассеянность и вместе с тем неохота к труду, расстройство сна долгое время импонируют как явления общей нервности и обычно диагностируются как неврастения, тем более, что первые признаки болезни часто бывают связаны с большим утомлением при работе. Но уже в этом периоде внимательное изучение заставляет обратить внимание на своеобразие, нетипичность этой неврастении, а физическое исследование открывает наличие расстройств со стороны зрачков или какие-нибудь другие признаки из той группы, которая объединяется под именем физических признаков паралича. В то же время исследование р. В. в крови и спинномозговой жидкости дает положительные результаты. Это указывает, что наблюдаемые нервные явления по существу представляют начало развития паралича. Иногда в таких случаях говорят о предпаралитической неврастении—(Neurasthēnia praeparalytica), хотя всегда нужно помнить, что это название, говорящее как будто о неврозе, не должно вводить в заблуждение, так как речь идет о начале тяжелого органического заболевания. Такой период предпаралитической неврастении, называемый также периодом предвестников, продолжается обычно от нескольких недель до нескольких месяцев и незаметно переходит в следующий период полного развития болезни. От старых психиатров сохранилось деление всего течения болезни от начала и до конца на 4 периода, которые однако не отграничены сколько-нибудь резко и незаметно переходят друг в друга. Полное развитие всех болезненных явлений, по своей ясности не оставляющее места для каких-нибудь сомнений, относится ко 2-му периоду. Оно характеризуется ясными указаниями на все увеличивающиеся изменения всей психической личности. По своему общему характеру оно представляет картину деградации,

свойстве
левания
образног
явления
ние боле
структур
выступа
ные фор
интеллек
умия—п
ображен
ное набл
менения
какое-то
утратой
задерже
тонки, ч
ставлят
Их пат
ясен ли
больном
дение с
было
терен в
рассказ
своем в
ну тогд
ний ви
левал
парали
период
ных и
А. Фра
и хотел
для та
против
начал
и стыд
дая
ею, на
соотве
ности,
ности
торого
парали
разум
сти ж
дальн
ослабл
профе
семьи

свойственную всем органическим заболеваниям, но в ней очень много своеобразного. Собственно слабоумие, проявлениями которого окрашено все течение болезни, вначале не носит в своей структуре ничего грубого, резкого. Не выступают на первых порах также обычные формальные признаки расстройства интеллекта, входящие в понятие слабоумия—потеря памяти, способности соображения, счета и пр. Но внимательное наблюдение открывает какие-то изменения в общих установках личности, какое-то ее несомненное огрубение с утратой высших запросов и ослаблением задержек. Эти изменения сначала так тонки, что сами по себе могут не представлять ничего, бросающегося в глаза. Их патологический характер однако ясен лицам, более близко стоящим больному и могущим сравнить его поведение с тем, каким оно было всегда. Характерен в этом отношении рассказ А. Франса о своем визите к Мопассану тогда, когда последний видимо уже заболел прогрессивным параличом, но был в периоде самых начальных изменений, когда о начале болезни никто еще не думал.

А. Франс неожиданно для себя попал к Мопассану на званый вечер и хотел тотчас же удалиться, так как не был одет подходящим образом для такого торжественного собрания. Но Мопассан стал протестовать против этого, заявив: «Я вам сейчас отдам свой фрак», и действительно начал расстегивать жилет и хотел раздеться. Утрата обычной чуткости и стыдливости является одним из ранних симптомов. Больной, попадая в новую для него ситуацию, оказывается неспособным овладеть ею, найти подходящий тон в незнакомом обществе и держать себя соответственно окружающей обстановке. Известное понижение активности, пришедшее с началом болезни, в некоторых случаях, ■ особенности у очень стеничных людей, может произвести впечатление некоторого внутреннего успокоения и улучшения. Про одного такого паралитика жена говорила: «Теперь мой муж вошел ■ настоящий разум». Конечно это только кажущееся улучшение, в действительности же это выражение осевого синдрома паралича, слабоумия. При дальнейшем развитии болезненных явлений в ясной форме выступает ослабление чувства долга, ведущее к небрежному исполнению своих профессиональных обязанностей, к игнорированию интересов своей семьи. Эта особенность чрезвычайно бросается ■ глаза, и она чрезвычай-

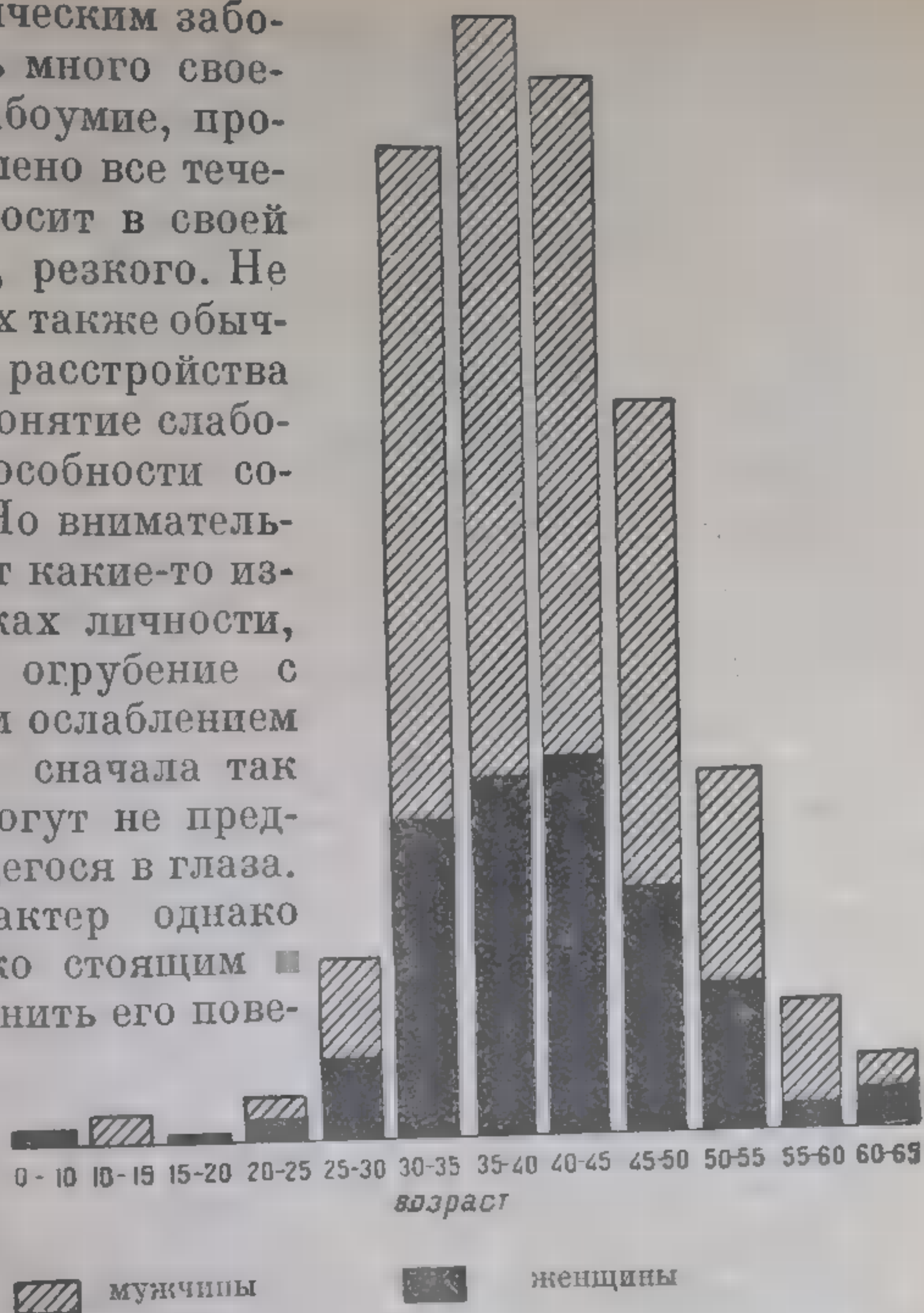


Рис. 78. Распределение прогрессивного паралича по полу и возрасту. Табл. Крепелина.

но в начале болезни никто еще не думал. А. Франс неожиданно для себя попал к Мопассану на званый вечер и хотел тотчас же удалиться, так как не был одет подходящим образом для такого торжественного собрания. Но Мопассан стал протестовать против этого, заявив: «Я вам сейчас отдам свой фрак», и действительно начал расстегивать жилет и хотел раздеться. Утрата обычной чуткости и стыдливости является одним из ранних симптомов. Больной, попадая в новую для него ситуацию, оказывается неспособным овладеть ею, найти подходящий тон в незнакомом обществе и держать себя соответственно окружающей обстановке. Известное понижение активности, пришедшее с началом болезни, в некоторых случаях, ■ особенности у очень стеничных людей, может произвести впечатление некоторого внутреннего успокоения и улучшения. Про одного такого паралитика жена говорила: «Теперь мой муж вошел ■ настоящий разум». Конечно это только кажущееся улучшение, в действительности же это выражение осевого синдрома паралича, слабоумия. При дальнейшем развитии болезненных явлений в ясной форме выступает ослабление чувства долга, ведущее к небрежному исполнению своих профессиональных обязанностей, к игнорированию интересов своей семьи. Эта особенность чрезвычайно бросается ■ глаза, и она чрезвычай-

чайно поражает в тех случаях, когда до болезни больные как раз отличались вообще большой добросовестностью и необычайной заботливостью к близким. Вместе с тем все больше выступает более или менее значительная беспорядочность поведения, производящая впечатление распушенности, делающая больного в глазах окружающих неузнаваемым и заставляющая иногда предполагать, что его странное и совершенно необычное поведение объясняется опьянением. Больной, бывший всегда хорошим семьянином, начинает все время проводить вне дома, заводит без разбора знакомства, разъезжает по ресторанам, кутит, начинает пить, хотя бы раньше был полным абстинентом. Больной при этом на кутежи тратит очень много денег, совершенно забывая о своих обязанностях по отношению к семье и нередко заставляя ее голодать. Расточительность представляет очень характерный признак паралича, и часто непомерные траты денег впервые заставляют подумать о развивающемся психозе. Больной проживает на себя большие деньги, тратит их на покупку совершенно ненужных вещей, часто по своей дороговизне не соответствующих его средствам. Больные покупают много костюмов, дорогих вещей, предметов роскоши, духов, причем все предметы покупаются дюжинами и вообще большими партиями. Один больной купил в магазине так много и притом совершенно ненужной ему мебели, что когда она была доставлена ему на квартиру, ее некуда было поместить. Много денег тратится такими больными еще и потому, что они становятся как-то необычайно добрыми и очень склонны делать всем подарки, часто людям, которых видят первый раз в жизни. Кроме того благодаря своей растерянности и рассеянности они часто теряют деньги, оставляя их где попало и потом забывая. В то же время они становятся слабовольными и утрачивают способность критической оценки, вследствие чего делаются нередко жертвами недобросовестности своих случайных знакомых, которые выманивают у них под разными предлогами деньги, иногда просто обманывают их.

Растерянность и рассеянность больных вместе с утратой чувства такта и ослаблением внимания являются причиной того, что больные делаются неряшливы, мало следят за чистотой и аккуратностью своего костюма, забывают надеть галстук, застегнуть пуговицы жилета или брюк, иногда полуодетыми показываются в общественных местах. Распушенность поведения может сказаться в области половых отправлений. В связи с наблюдающимся иногда в начале болезни половым возбуждением, а больше благодаря ослаблению задержек больные начинают вести себя совершенно несоответственно своему обычному характеру, заводят много знакомств с женщинами, ухаживают за всеми направо и налево, заводят легкомысленные связи, ■ своих половых отправлениях с женой делают очень требовательны и грубы, утрачивая всякое чувство такта; иногда требуют от жены половых сношений, не смущаясь присутствием посторонних, ■ заставляют выполнять coitus на глазах детей. Иногда половая распушенность проявляется в циничных пристаиваниях ко всем женщинам, даже и к мало знакомым, иногда в таких случаях дело доходит до покушения на изнасилование даже малолетних детей или до попыток полового сношения с животными. При большой выраженности ослабления моральных задержек могут обнаружиться криминаль-

ные действия и другого рода. Нередко появляется склонность к воровству, причем иногда она представляет одну из форм расценности поведения и имеет целью приобретение чего-нибудь вещи, совершенно ему ненужные, так что воровство в этих случаях носит более или менее выраженный характер kleptomании. Особенно характерны по своей бессмысленности, бесцельности и способу выполнения кражи, когда они совершаются паралитиками уже с более или менее значительной печатью слабоумия. В одном нашем случае паралитик на глазах многочисленной публики разбил витрину магазина и взял из нее понравившийся ему головной убор, в другом — больной взял с открытого окна горшок с цветами; привлеченный к ответственности, в камере на суда он на глазах у всех взял со стола вещественных доказательств гирию от весов, которая там фигурировала по другому делу.

В этом же периоде выступают различные бредовые идеи. Они не представляют постоянного симптома при параличе, но если наблюдаются, то форма их и содержание очень характерны для этой болезни. Бред в таких случаях поражает своей бессмысленностью, нелепостью, которая очень ясно выступает в самой структуре бредовых построений и в грубых внутренних противоречиях, допускаемых больными в своих утверждениях. По общему своему характеру бредовые идеи при всем их разнообразии могут быть сведены к различным типам. Особенно типичны бредовые идеи величия. Патологическая переоценка своих способностей и достоинств, возможная вообще у многих больных в состоянии повышенного самочувствия, при параличе доходит до крайних пределов, принимая самые абсурдные формы. Содержание этого бреда, как и вообще бредовых идей, меняется в зависимости от времени, социального положения больного и полученного им образования. В дореволюционное время от паралитика с бредом величия чаще всего можно было услышать, что он царь, император всей вселенной, великий князь, владыка мира, президент всесветной республики, верховное существо. В настоящее время фигурируют другие утверждения. Один наш больной сообщил, что он является командующим всем воздушным флотом республики, который разрушил в настоящее время столицы всех главных государств; он объявил об образовании единого государства, во главе которого встанет именно он, больной; он повелитель стратосферы.

Часто у тех же больных наблюдается бред богатства, который может иногда выступать на первый план или быть даже единственным. Больные сообщают о громадных суммах, которые они зарабатывают, о миллионах, которые у них сохраняются в русских и иностранных банках, о большом количестве золота и драгоценных камней, хранящихся в потайном месте. Характерны громадные, астрономические цифры, в которых выражается богатство больного, и то, что они все вырастают по мере прогрессирования слабоумия. Часто можно отметить, что цифры, которыми сыплет больной, увеличиваются день ото дня.

Иногда бред величия в своем содержании касается самой личности больного, его способностей или физических свойств. У больного вдруг оказались особенные таланты в самых различных областях.

Больной—всесветный гений, поэт, величайший ученый, он написал все произведения Пушкина, Лермонтова, все музыкальные симфонии мира. Больному принадлежат также все изобретения в разных областях. Один больной сообщил об изобретении им способа всех людей сделать бессмертными путем переливания крови от крокодила и сокола, которые живут очень долго. Другой больной предполагал взять патент на изготовленную им мазь для ращения волос, которая состоит из разжеванного мякиша, третий больной утверждал, что им открыты восточный и западный полюсы.

Иногда больные высказывают идеи о своем бессмертии, о своей большой физической силе. Один больной утверждал, что он одним своим мизинцем может перевернуть весь земной шар, другая говорила, что нос ее так велик, что на нем может делать маневры целая армия; в одном случае больной говорил, что все кости у него сделаны из чистого золота, а глаза — это бриллианты. Иногда можно слышать от больного заявление о его большой половой силе.

Бред самообвинения и самоунижения не так типичен для паралича, но все же возможно встретить и его, ■ особенности в тех случаях, когда налицо имеются явления депрессии. Чаше бывает бред преследования, который обыкновенно носит отрывочный характер; иногда это мысли о преследовании со стороны каких-то врагов, об отравлении его, иногда высказываются также идеи ревности, питаемые до известной степени ослаблением половой способности.

Очень характерен бывает по своей абсурдности гипохондрический бред. Больному кажется, что все органы его сгнили, что он мертв, сердце его упало в желудок, что кишечник его непроходим, что он не мочится много лет.

В сконструировании бреда иногда играют роль галлюцинации, но значение их в этом отношении не велико. Они вообще не представляют для паралича постоянного явления и наблюдаются ■ меньшинстве случаев [по Юниусу (Junius) и Арндту (Arndt) ■ 10% всех случаев]. В содержании их нельзя констатировать ничего характерного для этой болезни. Несколько чаще других наблюдаются галлюцинации слуха ■ общего чувства. В прежнее время высказывался даже взгляд, что галлюцинации вообще параличу не свойственны и что если они наблюдаются, то это объясняется будто бы наличием каких-нибудь осложнений, например алкоголизма. Но несомненно, что различные обманы чувств можно встретить у паралитика в чистых случаях без каких-либо осложнений и без указаний на алкоголизм или какие-нибудь интоксикации ■ анамнезе. Иначе ■ нельзя представить себе положения дела, если принять во внимание, что паралич — это одна из форм невростифилиса, а при сифилисе мозга как таковом галлюцинации очень нередкое явление. Возможны даже картины делириозных состояний, возникающих в результате самоотравления, связанного с существом болезни; они впрочем не часты. Бострем на 1218 случаев паралича констатировал 41 случай таких делириев, причем только в 12 случаях были указания на алкоголизм в прошлом; в 14 случаях делирий развился непосредственно после инсульта, в 2 — перед инсультом. Интересно отметить, что делириозные состояния у паралитиков продолжаются не 3—5 дней, как это бывает у алкоголиков, а тянутся неделями и месяцами. С другой стороны, следует признать, что в осложненных случаях паралича галлюцинации наблюдаются гораздо чаще. В особенности это относится к нередко наблюдающимся за последнее время случаям алкоголизма у паралитиков.

Что касается бреда, то самое характерное в нем для паралича заключается не в его содержании, а в других особенностях. Сюда прежде всего следует отнести его полную нелепость, абсурдность. Другой

характерной чертой нужно считать нестойкость бреда, его постоянную изменчивость, причем больной не замечает противоречий между различными своими утверждениями. Обращает на себя внимание также большая зависимость бреда от общего настроения больного. Пышный бред величия например свойствен главным образом паралитикам с более или менее повышенным самочувствием, при ухудшении последнего вследствие соматических заболеваний например при появлении болей в кишечнике, бред на время по крайней мере может совершенно исчезнуть. Очень типична также большая внушаемость, которую обнаруживают в этом отношении больные.



Рис. 79. Паралитик с бредом величия, украсивший себя фантастическими знаками отличия.

Путем соответствующих вопросов и предположений можно значительно изменить содержание бреда, направить его в другую сторону или даже прямо внушить совершенно новые бредовые идеи. Много характерного для паралитика можно видеть также в его отношениях к своему бреду и влиянии последнего на поведение. Прежде всего следует отметить невозможность убедить больного в нелепости его утверждений. Характерное для этой болезни в ее выраженном состоянии расстройство критических способностей мешает больному осознать нелепость своих бредовых фантазий и заметить имеющиеся в них вопиющие противоречия с здравым смыслом. Что касается поведения больных, то оно нередко отражает в себе высказываемые ими бредовые идеи, но это наблюдается далеко не всегда. Больные с бредом величия стараются вести себя соответственно их высокому положению, придумывают себе великолепные костюмы, имеющие целью сразу показать окружающим, с кем они имеют дело. Нередко можно видеть на паралитике бумажную корону, различные фантастические ордена и другие знаки отличия (рис. 79). Такие больные часто в повелительном тоне обращаются к окружающим, отдают письменные приказы,

ртой
не-
его
нчи-
боль-
про-
раз-
и м и
Об-
вни-
ьшая
да от
ения
ный
при-
глав-
али-
или
ным
при
едне-
сома-
аний
ояв-
в ки-
а вре-
мере
но ис-
ти-
ьшая
кото-
ают в
боль-



Рис. 79. Паралитик с бредом величия, украсив-
ший себя фантастическими знаками отличия.

ответствующих вопросов и предположений можно значи-

ртой
не-
его
нчи-
оль-
про-
раз-
и м и
Об-
вни-
ьшая
а от
ения
ный
при-
лав-
али-
или
ным
при
едне-
сома-
аний
ояв-
в ки-
вре-
мере
ис-
ти-
ьшая
кото-
ают в
боль-



Рис. 79. Паралитик с бредом величия, украсив-
ший себя фантастическими знаками отличия.

ответствующих вопросов и предположений можно значи-

требуют распубликования их во всех газетах, передачи по радио, грозят суровыми наказаниями всем, кто их не слушается. Все же всегда можно констатировать более или менее глубокие расхождения между поступками больного и его бредовыми утверждениями, чему способствует также и то, что больные очень скоро меняют свои распоряжения, забывают о них, равно как и о высказанных ими бредовых идеях, отвлекаясь в сторону вновь возникающих мыслей. Нередко можно отметить глубокое расхождение между содержанием бреда и поведением пациента. Например «всесветлый богач» собирает по дорожкам больничного сада окурки, чтобы докурить их, или архимиллиардер и всемирный президент выпрашивает у соседей по палате остатки гостинцев, принесенных их родственниками, и для того, чтобы получить их, готов пойти на всякие унижения. При таких условиях понятно, что бредовые идеи паралитиков всегда более или менее отрывочны, не стойки и не склонны складываться в какую-нибудь систему. С течением времени соответственно все более намечающемуся распаду интеллекта бред оказывается все более разрозненным, бледнеет, высказывается с меньшей экспрессией и наконец в далеко зашедших периодах болезни может быть открыт лишь в виде отдельных бессвязных остатков.

Со стороны интеллекта в этом периоде можно отметить очень ясные изменения, которые более, чем какие-нибудь другие явления, обнаруживают склонность к прогрессированию. Как мы видели, уже самый поверхностный анализ бредовых построений паралитиков указывает на значительное ослабление критики. Понижение интеллекта сохраняет свой первоначальный тип, характеризуясь преимущественным поражением высоко стоящих способностей. В связи с этим критика, способность соображения и комбинирования страдают больше, чем память, приобретенные навыки и усвоенный до болезни запас сведений. При расспросах о прошлом большей частью оказывается, что больные довольно хорошо помнят события прошлого, ориентированы в общих чертах в современных политических событиях, не обнаруживают также грубых расстройств ориентировки в окружающем. При исследовании интеллекта оказывается, что они иногда в состоянии сравнительно недурно справиться с задачами, которые являются для них более или менее привычными, и оказываются не на высоте, если задание требует внимательного комбинирования и анализа условий больных в таком сочетании, которое является новым для больного. Это очень ясно можно видеть на изменении способности счета. Помня хорошо таблицу умножения и удовлетворительно справляясь с привычными вычислениями, они делают много ошибок при решении задач, составленных так сказать ad hoc. Благодаря этому больные некоторое время могут выполнять свою прежнюю работу, в особенности если она не отличается большой сложностью, но все же при этом они все больше допускают ошибок, и все больше выясняется, что они не в состоянии справляться с своим обычным делом. Ослабление работоспособности является одним из кардинальных признаков в общей картине интеллектуальных расстройств паралитиков. Если наличность различных симптомов общей нервности, относимых к периоду предвестников, может дать возможность заподозрить, не развивается ли прогрессивный

парали
ной до
ством

Дл
результ
А. Н. Р
Роршах
ной сп
предме
способн
занной
подмеча
а также
подобра
метриче
шение ч
Обычны
болезни
4/9+5.
с подчер
туальна

Пси
тонуса,
процесс

Раз
ные пси
ветстви
деленны
штейна
оценке
дения. Т
сообрази
сохраня
способность
водит ка
впечатле
ному, в
Возможн
чему мож
томоком

Хара
заболева
у т о м л
рименте
внешние

Что
и типич
вариру
строени
ности за
лость, б
ствием
сание и
подвижн
кая-то д
всегда л
ряд не с
совершен

паралич, то установление факта, что с определенного времени больной должен был оставить работу, является несомненным доказательством начала болезни с этого момента в уже вполне выраженной форме.

Для более точной характеристики расстройств интеллекта могут служить результаты специальных методов исследования, в частности по способу А. Н. Бернштейна, по методу профилей Г. И. Россоломо, Гейльброннера, Роршаха, Сахарова и др. В первом случае оказывается, что при нерасстроенной способности узнавать и называть показываемые изображения отдельных предметов (способность восприятия) более или менее резко расстраивается способность усвоения смысла картины в целом, а также составление разрезанной на части целой картины («к о м б и н и р о в а н и е»). Очень плохо подмечаются преднамеренные несообразности в рисунках («критика»), а также плохо вставляются пропущенные слова и части слов ■ специально подобранных отрывках. При исследовании способности запоминания с геометрическими фигурами («в о с п р и и м ч и в о с т ь») характерно уменьшение числа верных показаний при наличии известного количества ложных. Обычный коэффициент восприимчивости во вполне выраженных случаях болезни—4 или 5 верных и несколько ошибочных показаний, например $4/9+5$. Много ошибок делается при исследовании по способу Бурдона с подчеркиванием определенных букв в отрывке. Страдает также интеллектуальная работоспособность при исследовании по методу Крепелина.

Психологический профиль паралика характеризуется ослаблением тонуса, ослаблением функции памяти и особенно высших психических процессов.

Различные применяемые при исследовании душевнобольных специальные психологические методы имеют значение, потому что, находясь ■ соответствии с данными наблюдения, дают возможность суммировать его ■ определенных цифровых выражениях. Например улавливаемое методом Бернштейна расстройство способности схватывать явление в целом при верной оценке его отдельных частей очень хорошо гармонирует с данными наблюдения. То же относится к расстройству памяти и способности замечать несообразности. Хотя память прошлого, в особенности отдаленных событий, сохраняется в известной степени и в вполне выраженных случаях, способность запоминания свежих впечатлений страдает очень резко. Это приводит как к количественному изменению, благодаря которому из текущих впечатлений воспринимаются сравнительно немногие, так и к качественному, выражающемуся в большом количестве неточностей и искажений. Возможно появление ложных воспоминаний и конфабуляций, благодаря чему может получиться картина, напоминающая явления корсаковского симптомокомплекса.

Характерны для паралика помешанных, как и других органических заболеваний, общее замедление течения интеллектуальных процессов и у т о м л я е м о с т ь п р и у м с т в е н н о м н а п р я ж е н и и. В эксперименте это замедление ясно сказывается в увеличении времени реакции на внешние раздражения.

Что касается поведения больных, то оно не представляет единства и типичности, свойственных интеллектуальным расстройствам. Оно варьирует от случая к случаю и находится ■ связи с изменением настроения и особенностями интеллектуальных переживаний, в частности зависит от содержания бреда. В одних случаях отмечается вялость, бедность движений, малоподвижность с почти полным отсутствием стремлений к какой бы то ни было деятельности, полное угасание инициативы. Иногда же, наоборот, наблюдаются усиленная подвижность и суетливость. Но если даже с виду и проявляется какая-то деятельность, она при ближайшем рассмотрении оказывается всегда лишенной продуктивности и целесообразности, представляя ряд не связанных между собой беспорядочных действий; иногда она совершенно бессвязна и бессмысленна. Если она по своему харак-

теру представляет продолжение того, что было обычным делом больного, она приводит большей частью к порче материала и дает вещи, совершенно негодные для употребления, например один портной, заболевший прогрессивным параличом, стал портить все заказываемые ему предметы одежды, постоянно кроил и перекраивал материал, так что от него получались в конце концов ни на что не годные лоскуты; другая больная, очень хорошая мастерица на все рукоделия, никак не могла спустить пятку при вязании чулка, благодаря чему получалось нечто совершенно бесформенное, очень мало напоминающее чулок. Стремление к деятельности при распадающемся интеллекте может привести к бессмысленному коллекционерству, собиранию совершенно ненужных вещей. Один паралитик например собирал обожженные спички как материал для отопления квартиры, другой наполнил свою комнату битой посудой и обломками металлических вещей, собираемых им на улицах. Стремление к деятельности иногда выражается у паралитиков в особой форме, ■ которой можно видеть нечто характерное для них; многие из них с большой охотой ловят мух, занимаются этим целыми днями, не интересуясь больше ничем, и достигают в этом несложном занятии большого мастерства. Типично для паралитиков во многих случаях известное трудолюбие и усидчивость, если им дают несложную работу. Благодаря своему своеобразному прилежанию, проистекающему из слабоумия, ведущего к большой пассивной подчиняемости, в рабочих отделениях они часто на очень хорошем счету, тем более, что зависящие от того же слабоумия неразборчивость и отсутствие брезгливости позволяют им с большим усердием выполнять самую непривлекательную работу.

Возможны при параличе состояния значительного двигательного возбуждения то в виде кратковременных приступов, то ■ качестве признака, характеризующего собой все течение болезни. Оно часто проявляется в разрушении окружающих предметов, в нападении на других, иногда с нанесением тяжелых повреждений. Характерна для паралитиков ничтожность поводов, по которым возникают приступы ярости с совершением актов насилия и бессмысленных разрушительных поступков, а также то, что возбуждение, внезапно возникнув, может так же быстро утихнуть; успокоению способствует большая отвлекаемость больных, благодаря которой внимание больного может сравнительно легко направиться в другую сторону, ■ результате чего больной забывает о причине своего раздражения. В более редких случаях возможны очень длительные состояния большого возбуждения, нередко оканчивающиеся инсультом.

Эмоциональная сфера паралитиков страдает значительно, причем характер наблюдаемых расстройств меняется в зависимости от периода болезни и особенностей случая. Для периода предвестников характерно неприятное общее самочувствие, недовольство, раздражительность, иногда тоскливость. Что касается вполне развитой картины болезни, то и здесь изменения не всегда одинаковы. Наиболее типичным нужно считать благодушие, довольство собой и окружающим, иногда с оттенком безразличия, иногда с приступами более или менее значительной раздражительности. В некоторых случаях наблюдается очень повышенное самочувствие, состояние бесконечного

блаже
ной с
для б
типи
ралит
опьян
ствие
жание
ным
очень
ного.
вижно
ния с
ничто
что м
внуша
причи
бурны
нию.
ший п
нейше
увели
в эмо
циона
В
очень
от сте
страда
зашед
столь
ствуе
витых
чувст
встрет
альны
разви
ных,
гресси
поми
именн
попыт
стади
откры
общей
крово
занно
более
они с
чем р
прекр
имел

блаженства, эйфория. Эти особенности настроения стоят в несомненной связи с общим притуплением чувствительности, устраняющим для больного неприятные ощущения, и таким образом являются типическим паралитическим симптомом. Благодушие и эйфория паралитиков по своему генезу близки к беспричинной веселости при опьянении. Во всяком случае следует отметить, что хорошее самочувствие паралитиков не находится ни в каком соответствии ни с содержанием сознания, в частности с его бредовыми идеями, ни с служебным или вообще материальным положением, которое может быть очень безотраднo, ни на поту не изменяя чувства блаженства больного. В особенности характерна для паралитиков очень большая подвижность аффекта, склонность к значительным колебаниям настроения с плачем или смехом без всякой внешней причины или по самому ничтожному поводу. Неустойчивость настроения настолько велика, что можно проделывать над больными своего рода эксперименты, внушая им различные по характеру представления и получая то беспричинный смех то такой же плач. Возможны в связи с этим также бурные приступы аффекта, сравнительно легко поддающиеся успокоению. Благодаря всем этим особенностям можно говорить о слабодушии паралитиков, как о чем-то, очень для них характерном. В дальнейшем течении болезни вместе с нарастанием слабоумия все больше увеличивается безразличие, чтобы в конце концов превратиться в эмоциональную тупость с отсутствием каких бы то ни было эмоциональных переживаний.

В сознании больного с прогрессирующим параличом совершается очень много изменений, характер которых меняется в зависимости от степени развития болезни. Сознание своего «я» сравнительно мало страдает и в грубой форме может быть сохранено даже в далеко зашедших стадиях болезни. Сознание окружающего страдает постольку, поскольку правильному усвоению окружающего препятствует ослабление интеллекта. Сознание болезни во вполне развитых случаях естественно не может быть сохранено, но смутное чувство каких-то совершающихся в организме изменений можно встретить нередко и не только в начале болезни. В самых начальных стадиях может быть более или менее отчетливое сознание развивающихся болезненных изменений. У более развитых больных, ориентированных в вопросе об отношении сифилиса к прогрессирующему параличу и знающих, что у них был сифилис, может помимо сознания начинающейся болезни возникнуть предположение именно о параличе помешанных, в связи с чем могут иметь место попытки на самоубийство. С другой стороны, в терминальных стадиях при явлениях полного распада личности едва ли можно открыть какие-нибудь проявления сознательности хотя бы в самой общей форме. В некоторых случаях при наличии расстройств кровообращения или каких-нибудь явлений самоотравления, связанного с самим существом болезни, могут наблюдаться состояния более или менее глубокого помрачения сознания. Чаще всего они сопровождаются так называемыми паралитическими инсультами, причем расстройство сознания продолжается некоторое время и после прекращения острых явлений, например судорог, если инсульт имел форму эпилептического припадка.

Описанные на предыдущих страницах явления характеризуют собой вполне развитое состояние болезни, главным образом так называемый второй период, но в них заключалось также много такого, что относится к третьему периоду, характеризующемуся слабоумием. Последнее развивается постепенно, в мало заметных изменениях, проявляясь уже в начале второго периода, вообще с того времени, когда несомненно можно говорить о начале болезни. Постепенно увеличиваясь, слабоумие достигает крайних пределов, причем из прежнего психического богатства сохраняются лишь чисто инстинктивные проявления, так что можно говорить только о чисто зоологической психике. В конечных стадиях все интересы сводятся только к еде, и нередко можно наблюдать, что больные все тащат в рот, даже несъедобные, отвратительные по своему запаху и вкусу вещи. Слабоумие резко проявляется также и в том, что больные становятся совершенно нечувствительны к загрязнению и подолгу, не выражая никакого неудовольствия, могут лежать в мокрой постели с загрязненным бельем. Нередко такие больные производят разные манипуляции со своими испражнениями и даже берут их в рот. Иногда можно наблюдать, что в случае приближения какого-нибудь предмета к лицу такого глубоко слабоумного паралитика он открывает рот подобно тому, как это делают грудные дети.

Развитие слабоумия, равно как и других явлений болезни, идет значительно быстрее, если течение болезни осложняется особыми припадочными состояниями, носящими название п а р а л и т и ч е с к и х и н с у л ь т о в. Последние бывают главным образом двух типов. В одних случаях картина напоминает то, что наблюдается при мозговой апоплексии. Сразу теряется сознание, больной падает и некоторое время лежит без чувств, часто с хриплым дыханием, покраснением лица, с напряженным пульсом. Это так называемый а п о п л е к т и ф о р м н ы й и н с у л ь т. Иногда же потеря сознания и падение на пол сопровождаются судорожными подергиваниями в мышцах туловища и конечностей, и весь инсульт протекает как эпилептический припадок, почему и говорят в таких случаях об э п и л е п т и ф о р м н о м и н с у л ь т е. В некоторых случаях инсульт имеет вид простого о б м о р о к а, или же потеря сознания бывает не полная; в некоторых случаях судороги во время эпилептиформного инсульта бывают более выражены на одной стороне. Очень существенный признак, что после инсультов, какой бы ни был их характер, весьма часто обнаруживаются различные параличи, гемипарезы, монопарезы, расстройство речи, косоглазие и т. п. При этом очень важно отметить, что эти явления выпадения в отличие от того, что наблюдается при мозговых апоплексиях, например на почве сифилиса мозга или мозгового артериосклероза, оказываются скоропреходящими и через несколько часов, иногда дней, исчезают как будто бы без всякого следа, по крайней мере в смысле параличей. Но почти всегда можно отметить, что в качестве стационарного явления остается общее оглушение, иногда определенно выраженное ослабление интеллекта. Так как большей частью инсульты развиваются уже в течение болезни при наличии известного слабоумия, то обычно приходится констатировать, что после инсульта, в особенности если их было несколько, болезнь продвинулась значительно вперед.

Иногда парезы, развивающиеся после инсультов, не дают полного обратного развития, а после известного улучшения остаются стационарными. Преимущественно это бывает во второй половине болезни. Иногда инсульты начинаются очень рано, даже в периоде предвестников. В этих случаях они иногда и для психического функционирования проходят как будто бесследно. На них нужно смотреть как на своего рода сигнальные явления, так как или непосредственно после инсульта, или спустя короткое время болезнь обнаруживается с полной ясностью. Нередко во время инсульта больной погибает, не приходя в сознание.

Вместе с явлениями глубокого психического упадка все больше развиваются симптомы физического истощения, о которых иногда говорят, как о четвертом периоде или периоде паралитического маразма. Явления физического ослабления могут выступать уже вместе с полным развитием психических изменений, характерных для прогрессивного паралича, но главным образом их можно наблюдать во второй половине болезни. До известной степени к физическому истощению ведет возбуждение, наблюдаемое у многих паралитиков, по крайней мере временами, беспорядочность питания, зависящая от психических изменений, но самое существенное заключается не в этом. Исследование обмена веществ показало, что в нем наблюдаются очень глубокие изменения. Разрушительные изменения имеют место не только в головном и спинном мозгу, но также и в вегетативной нервной системе. Благодаря этому происходит резкое расстройство функционирования внутренних органов тогда, когда в них нет еще значительных разрушений. Изменяется секреция желез желудочно-кишечного тракта, благодаря чему страдает усвояемость питательных веществ. Нередки случаи, когда паралитики при наличии хорошего аппетита, иногда даже прожорливости, и без возбуждения неудержимо падают в весе. Как показали исследования Кауф-

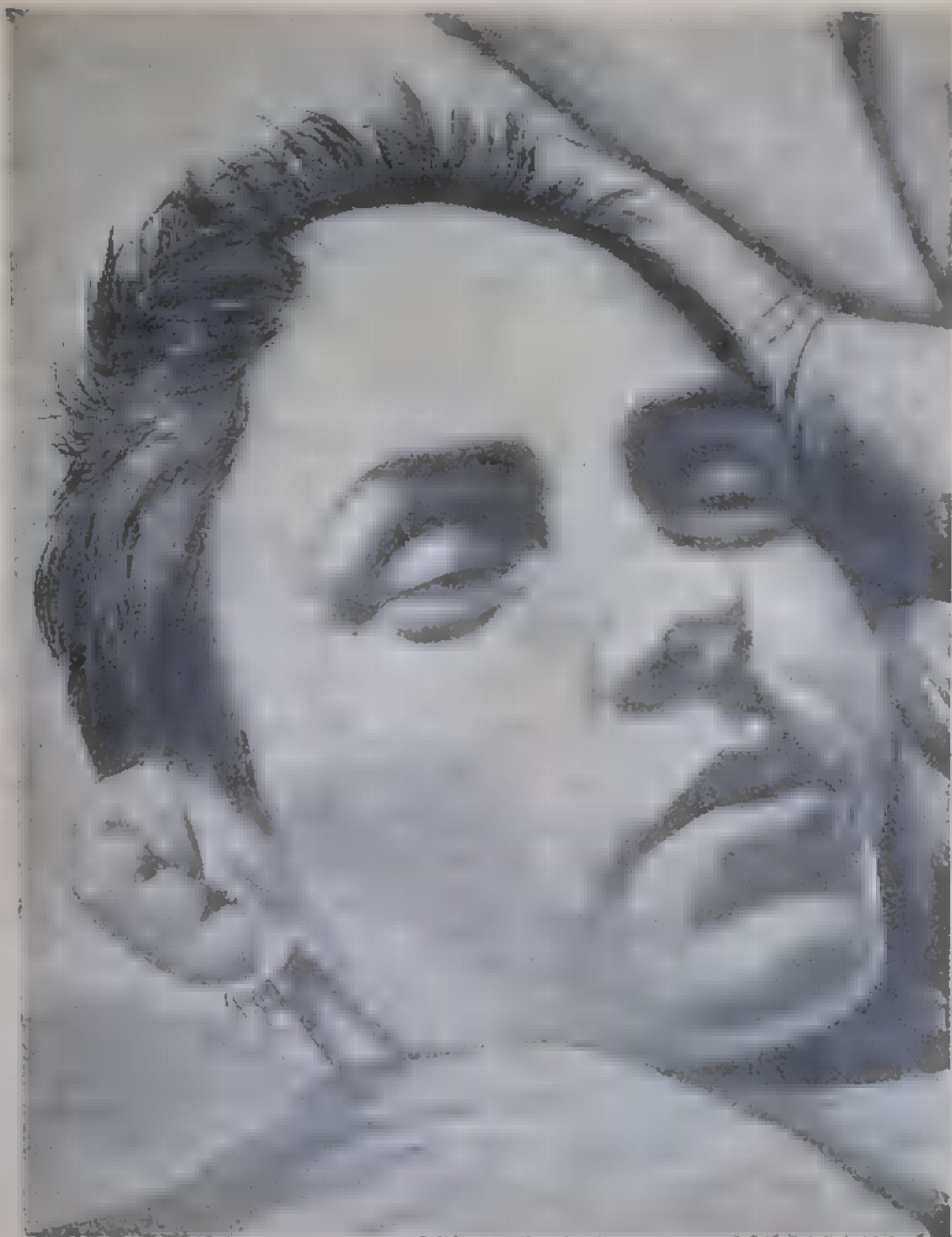


Рис. 80. Кровяная опухоль уха (отематома) у паралитички.

мана, очень часто приходится считаться с расстройством способности удерживать в организме воду. По Аллерсу в особенности бывает расстроен белковый обмен.

В связи с понижением тонуса вегетативных процессов наблюдается большая склонность к различным заболеваниям. Вследствие уменьшения бактерицидных свойств крови легко возникают различные инфекции, например случайные ссадины и ранения легко осложняются нагноением. Определенно доказана повышенная ранимость тканей вследствие структурных изменений в них. Поражается даже костная ткань, в которой наблюдается более или менее значительное разрежение. В прежнее время нередко наблюдалось особое изменение, ведущее к большому обезображиванию уха. Видимо в связи с различными травматическими моментами, случайными ушибами или грубым обращением персонала развивалось кровоизлияние под надхрящницу, которое при рассасывании вело к рубцовым изменениям, ведущим к образованию так называемой отематомы (рис. 80). Явления того же порядка — большая ломкость костей, в частности ребер, с нередкими переломами, ближайшей причиной которых служили все те же травматические воздействия. Все прогрессирующее истощение с полной утратой способности усвоения принимаемой пищи может само по себе быть непосредственной причиной смертельного исхода. Последний естественно может быть ускорен благодаря осложнениям, возникающим на почве того же истощения. Например у паралитиков легко развиваются цинготные явления, пневмонии, в особенности гнойные процессы, пролежни на крестце. К осложнениям со стороны легких в смысле гнойного плеврита могут привести и переломы ребер. Иногда смерть наступает во время инсульта. В общем смертельный исход большей частью наступает через 2—3 года после начала болезни.

Результаты неврологического исследования при прогрессивном параличе.

Прогрессивный паралич, поражающий нервную систему во всех ее отделах, естественно должен сопровождаться рядом изменений со стороны чувствительности, движения и рефлексов. В начальных стадиях нередко можно отметить явления гиперестезии и парестезии в виде болей в голове и других местах тела и различных неприятных ощущений, нередко ползания мурашек. В случаях, осложненных сухоткой спинного мозга, выступают стреляющие боли и другие ощущения, свойственные этой болезни. В позднейших периодах имеют место явления гипестезии и полной анестезии. Больные становятся нечувствительны к уколу булавкой, не реагируют на болевые раздражения, связанные со случайными ссадинами и поранениями; благодаря этому не проявляется действия защитных механизмов; больные не берегут поврежденных частей тела, что иногда ведет к тяжелым разрушениям и осложнениям; при этом они часто сами царапают и всяческими способами травмируют поврежденное место. В связи с этим надавливание на область локтевого нерва в желобке у внутреннего мыщелка плечевой кости, в противоположность тому, что наблюдается в норме, не вызывает

никакой
литиком
колоть
будет о
ся була
симости
наблюд
иногда
нужно
значите
полная
крайней
призна
менее к
глаза.
не толь
другие
части м
и вооб
отметит
ность з
сохране
главным
ной свет
чаях вы
может н
В случа
рые им
полное
полного
ослабле
мая пар
при рас
ношении
нервов,
ствующ
нератив
сторона
оказыва
более и
сильног
дается
размеро
Нужно
ный пар
Пора
Вполне
тов. Час
как пре
картина
глазные

никакой болезненности (симп-том Бернацкого). Разговаривая с параликом и отвлекая этим внимание, можно незаметно для него проколоть кожную складку булавкой, так что он не почувствует боли и будет очень удивлен, когда обратят его внимание на то, где находится булавка. Это расстройство чувствительности, находящееся ■ зависимости от перерождения соответствующих отделов нервных центров, наблюдается и по отношению к высшим органам чувств, приобретая иногда очень большое клиническое значение. К числу таких явлений нужно отнести атрофию зрительных нервов, ведущую к более или менее значительному ослаблению зрения. Полная атрофия и следовательно полная слепота наблюдается в 4—5% всех случаев, но гораздо чаще, по крайней мере ■ 10%, можно констатировать менее глубокие, но ясные признаки этих изменений. Кераваль и Равиар констатировали не менее как в 20% более или менее ясные атрофические изменения дна глаза. В связи с атрофическими изменениями, которые касаются не только волокон зрительного нерва, но распространяются и на другие черепные нервы и соответствующие им ядра в стволовой части мозга, находится целый ряд изменений со стороны зрачков и вообще глаз. Прежде всего как самый важный признак нужно отметить симптом Аргиль-Робертсона—полную световую неподвижность зрачков—отсутствие реакции на световое раздражение при сохранении реакции на аккомодацию ■ конвергенцию. Она зависит главным образом от поражения периферической части рефлекторной световой дуги и представляет поэтому постоянный признак в случаях выраженной слепоты периферического происхождения, но она может наблюдаться и там, где зрение грубым образом не расстроено. В случаях поражения п. oculomotorii, именно тех частей его, которые имеют отношение к расширению зрачков, может получиться полное отсутствие реакции зрачков на всякие раздражения. Кроме полного отсутствия световой реакции могут наблюдаться различные ослабления ее, медленность, вялость реакции, иногда так называемая парадоксальная реакция—расширение зрачков вместо сужения при раскрытии глаз (см. Общую часть). От того или другого соотношения в степени поражения зрительного и глазодвигательного нервов, имея здесь ■ виду не только собственно нервы, но и соответствующие ядра, зависит степень расширения зрачков. Так как дегенеративные изменения могут быть не одинаково выражены на обеих сторонах, то очень часто, приблизительно в 40% всех случаев, зрачки оказываются неравномерными. Часто они представляют картину более или менее значительного сужения—миоза, иногда настолько сильного, что кажутся не больше булавочной головки. Реже наблюдается расширение зрачков, мидриаз, иногда достигающий крайних размеров. Часто оказывается неправильной самая форма зрачков. Нужно однако иметь в виду, что приблизительно в 10% прогрессивный паралич вначале протекает без каких-либо зрачковых симптомов.

Пораженными нередко оказываются и другие черепные нервы. Вполне выраженные параличи их нередко развиваются после инсультов. Часто приходится считаться с опущением верхних век—птозом—как преходящим, так и стойким явлением. Нередко наблюдается картина косоглазия. Вследствие паретичности m. orbicularis oculi глазные яблоки иногда кажутся широко раскрытыми, как бы вы-



Рис. 81. Группа паралитиков.

тарашенными. Это вместе с общей паретичностью мускулатуры лица, маскообразностью его, слабостью мимических движений делает физиономию паралитика очень характерной, сообщая ей печать бессмысленности и неподвижности. Эти особенности выступают необычайно отчетливо, если рассматривать лица целого ряда паралитиков, посадив их одного около другого (рис. 81). Кроме общей слабости мускулатуры, зависящей от ее пареза, нередко наблюдаются изолированные параличи отдельных нервов. Особенно часто наблюдается парез лицевого нерва с расслаблением на пораженной стороне мускулатуры, с опущением угла рта, со сглаживанием складки между краем носа и углом рта. Благодаря этому ■ лице часто выступает асимметрия, которая особенно заметна при движениях, например при открывании рта и показывании зубов. При показывании языка он часто заметно уклоняется в сторону (парез п. hypoglossi). Явления пареза более резко выступают при производстве тонких движений, особенно во время речи. Самое существенное в них определяется тем, что они представляют бульбарное расстройство и следовательно должны иметь все характерные для него признаки. Обращает на себя внимание глухой голос, часто с носовым оттенком, и притом лишенный богатства модуляций, свойственных нормальной речи. Эти расстройства могут быть в числе очень ранних признаков. У певцов, у которых голос, его сила, диапазон, богатство модуляций являются орудием производства и источником существования, расстройства в этой области и главным образом потеря голоса могут, как это неоднократно бывало, прежде всего обратить на себя внимание. Что касается речи, то расстройства ее могут быть двух типов. Как симптом паралича

такой
з и я
инсу
дают
она
могу
строй

шени
фичес
л и с
измен
зии в
разви
ческо
не пр
р е ч
разно
чайно
в осо
ство
удва
части
на од
вают
слог
витьс
дал н
ванно
ление

Р
лица
в 94%
менее
вожд
отно
и все
что в
интер
нару
оболо
други
чае.
годар
нет с
зуюмо
черке
стиче
могут
вспом
речи
изуча
ствен
средс
парал
том на
речи,
видет
ность
слова
яние



Рис. 81. Группа паралитиков.

енными. Это вместе с общей паретичностью мускулатуры Л
образностью его, слабостью мимических движений делает
мию паралитика очень характерной, сообщая ей печать бес
ости и неподвижности. Эти особенности выступают необыч
ливо, если рассматривать лица целого ряда паралитиков,
в их одного около другого (рис. 81). Кроме общей слабости



Рис. 81. Группа паралитиков.

енными. Это вместе с общей паретичностью мускулатуры и
образностью его, слабостью мимических движений делает
мию паралитика очень характерной, сообщая ей печать бес
ости и неподвижности. Эти особенности выступают необыча
ливо, если рассматривать лица целого ряда паралитиков,
их одного около другого (рис. 81). Кроме общей слабости

такого же порядка, как птоз, парез n. facialis, может развиваться а ф а з и я того или другого типа. Нередко она остается ■ результате инсульта, чаще всего она носит двигательный характер; часто наблюдаются явления парафазии. Если афазия развивается после инсульта, она большей частью представляет скоропреходящее явление. Но могут быть и такие случаи, когда она является стационарным расстройством.

Это зависит или от сосудистых изменений, дающих в результате разрушения мозгового вещества, или от того, что свойственный параличу атрофический дегенеративный процесс, как бывает в случаях так называемого л и с с а у э р о в с к о г о п а р а л и ч а с атипическим распределением изменений, приурочивается к области того или другого центра речи. Афазии вообще представляют очаговые расстройства с такими же механизмами развития, как при органических заболеваниях вообще, ■ ничего специфического, в особенности если речь идет о стойких расстройствах, для паралича не представляют. Более характерны другого типа р а с с т р о й с т в а речи, именно а р т и к у л я т о р н ы е, которые сами по себе довольно разнообразны. Помимо неясного произношения отдельных звуков чрезвычайно резко бывает выражено расстройство произношения целых слов, в особенности многосложных. Иногда пропускаются целые слоги (электричество вместо электричество) или переставляются (элечектричество), иногда удваиваются (электричечество). Нередко больной, дойдя до определенной части слова, долго не может выговорить ничего дальше, точно споткнулся на одном слоге. Концы слов очень часто пропускаются, точно проглатываются. В некоторых случаях часть слова, конец его, один какой-нибудь слог судорожно повторяется по многу раз, точно больной не может остановиться, например электричествоводство. Этому расстройству Крепелин дал название л о г о к л о н и и. Иногда в речи ясно заметна скандированность. В общем речь паралика невнятна, смазана, производит впечатление, точно во рту у него каша.

Расстройство речи нужно в общем считать очень характерным для паралича и постоянным признаком. По статистике Бострема оно наблюдается в 94% случаев. Характерно также, что акт речи стоит больным более или менее значительных усилий. Это сказывается часто и ■ том, что он сопровождается содружественными движениями мускулатуры лица, никакого отношения к речи собственно не имеющими, именно наморщиванием лба и всей лицевой мускулатуры, иногда подергиваниями в ней. Нужно думать, что в этих случаях нервное возбуждение частью вследствие своей большой интенсивности, а главное благодаря иррадиации, имеющей место в силу нарушения правильности путей и в особенности разрушения миелиновых оболочек, изолирующих одни проводники от других, распространяется и на другие пути, не ограничиваясь теми, работа которых нужна в данном случае. Часто расстройство речи носит характер особого аграмматизма, благодаря которому расстановка слов в фразе оказывается неправильной; нет согласования по родам и падежам, отсутствуют предлоги или даже сканзуемое и тому подобное. Аналогичные расстройства наблюдаются и в почерке паралитиков. Они заслуживают тем более внимания, что их диагностическое значение несомненно выше, чем собственно речи, так как они могут быть изучаемы с большей точностью. Для изучения речи хорошим вспомогательным средством является фонограф. В этом случае особенности речи могут быть точнее зарегистрированы и лучше во всех отношениях изучаемы, чем при простом выслушивании ее. Фонограф является единственным средством регистрации речи безграмотных больных и прекрасным средством продемонстрировать студентам или врачам наиболее яркие образцы паралитической речи. Но изучение почерка представляет простое и при том надежное средство ознакомления со всеми особенностями паралитической речи, и это не должно упускаться из виду во всех случаях. В почерке можно видеть и неотчетливость, смазанность контуров отдельных букв, неравномерность нажима, пропуски отдельных букв или слогов, вообще целых частей слова, удвоение букв и слогов, перестановки, пропуски концов слов, сливание двух слов в одно. Обращает на себя внимание также большая неряш-

ливость, небрежность письма. Отдельные буквы очень часто бывают различной величины, заходят одна на другую. Кроме того нередко много лишних каких-то штрихов, точек, перечеркиваний, поправок. Все это вместе с нарушением логической и грамматической правильности построения речи и с нередкой бессмысленностью содержания написанного чрезвычайно затрудняет и иногда делает совершенно невозможным понимание писаний паралитиков.

К очаговым расстройствам того же типа, что и афазии, нужно отнести нередко наблюдающиеся явления а п р а к с и и, выражающиеся в неспособности паралитика выполнять какие-нибудь сложные действия, например застегнуть пуговицы пиджака, завязать узел при отсутствии явлений собственно пареза или паралича. В особенности затруднительно бывает выполнить несколько поручений. Явление такого же очагового происхождения — адиадохокинезия, — неспособность быстро выполнять какие-нибудь попеременные движения, например сгибать и разгибать пальцы, вращать направо и налево кисти и т. п.

В области лица у паралитиков можно нередко встретить также различные явления дрожания, например дрожание век при закрытых глазах, дрожание языка. Сюда же нужно отнести фибриллярные подергивания в области языка и лицевой мускулатуры, стоящие видимо в связи с процессом дегенерации нервных элементов. В качестве судорожных явлений нужно рассматривать особые движения с характером жевания. Больной делает движения языком, губами и челюстями, точно он что-то жует, хотя во рту у него ничего нет. Еще более характерно наблюдающееся в самых конечных стадиях болезни ритмическое скрежетание зубами, настолько громкое, что оно слышно на всю палату. Его можно считать ■ известном смысле специфическим признаком паралича, по которому можно на расстоянии поставить диагноз. В отделениях для слабых больных ■ больницах, где имеется ■ каждый данный момент более или менее значительное количество распадающихся паралитиков, такое скрежетание, идущее с разных сторон, производит своеобразное и жуткое впечатление.

В области туловища и конечностей расстройства движения носят в общем такой же характер, хотя не столь определенный и отчетливый. Как проявление пареза известных групп шейных мышц, сопровождаемого гипертонией других, наблюдается нередко, что шея паралитиков как-то особенно неповоротлива, так что голову они держат прямо перед собой, не сгибая шеи и несколько откидывая голову назад (признак Тетрацинии). Паретичность мускулатуры сказывается в ослаблении силыжатия руки, в медленности, неотчетливости или даже неуклюжести движений. Могут наблюдаться также изолированные парезы и параличи. С дегенеративными явлениями в нервных элементах стоят в связи явления дрожания в руках, в особенности в пальцах вытянутых рук, иногда дрожание во всем теле, а также нередко наблюдающийся мышечный валик. В некоторых случаях дрожание рук представляет ясно выраженный интенционный характер. Вследствие дегенерации пирамидных путей нередко явления мышечной гипертонии, на фоне которой могут наблюдаться отдельные подергивания. С этим стоит в связи одно характерное для паралитиков явление. Здороваясь или прощаясь, они усиленно зажимают чужую руку, как бы вследствие особого спазма долго не могут отпустить ее. Могут быть судорожные явления кортикального

происхождения или вообще вследствие очаговых изменений где-нибудь на всем пути до подкорковых узлов. Кроме паралитических и эпилептиформных инсультов, о которых говорилось выше, могут быть припадки ясно выраженного джаксоновского типа. Можно наблюдать иногда в качестве скоропреходящего явления после инсультов хореические, тикозные подергивания, судороги с характером *epilepsia partialis continua*.

Большие отклонения наблюдаются в области кожных и сухожильных рефлексов. Для первых, равно как и для рефлексов со стороны слизистых оболочек, вследствие обычно наблюдающегося понижения чувствительности характерно ослабление или даже полное угасание. Нередко можно констатировать отсутствие конъюнктивального, глоточного, плантарного, а также других аналогичных рефлексов. Что касается сухожильных рефлексов, то состояние их не одинаково в зависимости от того, в каких отделах спинного мозга и вышележащих отделах преобладают дегенеративные изменения. Чаще наблюдается повышение коленных рефлексов. По статистике Крепелина оно имеет место в 42% всех случаев. Реже (в 28% по Крепелину) констатируется понижение или исчезание как коленных, так и ахилловых рефлексов. Повышение рефлексов может сопровождаться клонусами, из которых чаще других наблюдается клонус коленных чашек и стоп. Иногда, приблизительно в 5—6%, отмечаются симптомы Бабинского, Оппенгейма и другие патологические рефлексы. Они, как и клонусы, обычно наблюдаются в качестве временного явления после инсультов. Принимая во внимание механизмы рефлекторных явлений и неравномерность распределения анатомического процесса при прогрессивном параличе по различным отделам и обычную несимметричность его в смысле интенсивности, нельзя удивляться тому, что как повышение, так и понижение рефлексов на обеих сторонах очень часто бывают неодинаково выражены. Патологические рефлексы нередко бывают выражены только на одной стороне.

Очень часто наблюдаются расстройства со стороны тазовых органов. Наблюдающееся иногда в начале болезни половое возбуждение в дальнейших стадиях уступает место ослаблению и полному угасанию полового влечения и *potentiae virilis*. Иногда при более или менее значительном ослаблении половой способности может сохраниться своеобразная похотливость, которая при слабоумии и отсутствии задержек может привести к попыткам на изнасилование и совершению различных безнравственных действий. У женщин-паралитичек аналогичные расстройства менее выражены, но интересно отметить, что способность зачатия сохраняется при вполне выраженных явлениях болезни и не особенно редки случаи, когда в больницу поступает паралитичка в последних стадиях беременности и при поступлении паралитичка в последних стадиях беременности и при ясно выраженном слабоумии. Со стороны мочевого пузыря часты явления задержки, ведущие к очень большому переполнению пузыря, которое благодаря ослаблению чувствительности больных и слабости мускулатуры может достигать до колоссальных размеров с возможностью разрывов стенок. Естественно при таких условиях, что у паралитиков часты катары пузыря, ведущие нередко к повышению температуры. Чрезвычайно часты различные трофические расстрой-



Рис. 82. Артропатия коленного сустава у паралитички.

какой-то тусклой, белесоватой. Это еще больше усиливает впечатление мертвенности и бессмысленности, которое производят лица паралитиков. К числу трофических расстройств, наблюдающихся в особенно яркой форме в случаях, осложненных типической картиной сухотки, относятся *артропатии* главным образом плечевого и коленного суставов; они ведут к большим обезображиваниям конечностей (рис. 82). Нужно иметь в виду также возможность развития не только пролежней, о которых была речь выше, но и таких изъязвлений, в происхождении которых лишь самую малую роль могут играть травматические моменты. Может быть констатирована в типической форме *mal perforant du pied*—прободающая язва голени. Поражение специфическим процессом той или другой железы внутренней секреции может привести к различным своеобразным картинам изменений, например к расстройствам типа *адипозогенитальной дистрофии*, микседематозным явлениям. В конечных стадиях болезни может наблюдаться сероватобурое окрашивание кожи всего тела, напоминающее аддисонову болезнь и стоящее в связи с поражением надпочечников.

ства. О некоторых из них, в частности об оте-
матоме, уже упомина-
лось при описании явле-
ний, развивающихся в
последних периодах бо-
лезни. В это время
они естественно выраже-
ны более значительно,
но некоторые из них мо-
гут наблюдаться очень
рано. Явления прежде-
временного одряхления,
очень постоянные во
второй половине болез-
ни, могут касаться толь-
ко отдельных каких-ни-
будь сторон и в этом слу-
чае наблюдаются задол-
го до периода полного
маразма. Например у па-
ралитиков наблюдается
нередко преждевремен-
ное поседение волос на
всей голове или отдель-
ными прядками. Явле-
ние того же порядка—
сухость и ломкость ног-
тей. Заслуживает внима-
ния особое выцветание
радужной оболочки,
утрачивающей яркость
окраски, делающейся

К числу неврологических расстройств нужно отнести и изменения со стороны спинномозговой жидкости. Как уже сообщалось в общей части, наиболее характерным для паралича является увеличение количества глобулинов, плеоцитоз, положительная реакция Вассермана и характерная кривая при исследовании реакции Ланге. Увеличение количества клеточных элементов иногда характеризуется цифрами, лишь немногим отличающимися от средней нормы (2—3 элемента в 1 мм^3), но часто достигают многих десятков и сотен. Этот признак нужно считать имеющим очень большое диагностическое значение. Нужно отметить, что плеоцитоз часто может быть констатирован очень рано. Как показали исследования Фишера, уже во вторичном периоде сифилиса в некоторых случаях констатируется увеличение количества элементов в спинномозговой жидкости, причем никаких субъективных явлений, равно как и никаких изменений со стороны нервной системы при объективном исследовании не обнаруживается. В дальнейшем под влиянием лечения или без него большей частью этот плеоцитоз уменьшается, но все же держится очень упорно. Прослеживание судьбы таких больных с плеоцитозом показывает, что из их числа вербуются главным образом больные с нервными проявлениями сифилиса, в том числе ■ с прогрессивным параличом. Таким образом на плеоцитоз ■ этих случаях нужно смотреть, как на самый ранний признак невростифилиса, дающий возможность установить самую начальную, так сказать асимптоматическую, фазу болезни,—факт, имеющий большое значение и для лечения.

В типических случаях кроме плеоцитоза бывают резко выражены реакция Нонне-Аппельта, реакция Кана, Панди, Вейхбротта и Ланге. Что касается р. В., то для паралича характерно, что она бывает более положительна в жидкости, чем ■ крови. По данным Нонне отрицательная р. В. в крови при прогрессивном параличе бывает в 5% случаев, по Эскухену—в 5,5%, по Эйко—в 8%. Между тем в спинномозговой жидкости по Плауту отрицательная р. В. наблюдается только в 3%, слабо положительная—в 4%, но это только при исследовании с 0,2 спинномозговой жидкости, при 1,0 спинномозговой жидкости процент положительной р. В. приближается к 100.

Заслуживает внимания, что благодаря пониженной функции гемато-энцефалического барьера в жидкости могут быть открыты введенные в кровь вещества, которых в норме, по крайней мере в таком количестве, не бывает. Скорость оседания эритроцитов (РОЭ) при параличе обычно увеличена.

Разновидности паралича

Только что изложенные данные, собранные на основании изучения большого количества случаев, относятся к параличу помешанных в целом. В действительности каждый отдельный случай будет более или менее значительно отличаться от общей схемы главным образом в двух направлениях. Во-первых, в клинической картине не будет всей полноты представленной симптоматики, во-вторых, течение очень часто будет давать отступления и в смысле продолжительности и относительно порядка развития симптомов. Таким образом возникает очень большое разнообразие клинической

картины, которая варьирует от случая к случаю. Но при всем разнообразии и пестроте симптоматики в отдельных случаях их все же можно свести к нескольким большим группам, каждая из которых помимо основных симптомов, обязательных для паралича, характеризуется еще значительным количеством добавочных признаков, типических именно для определенной группы. Так как на симптоматику оказывают значительное влияние и экзогенные факторы, которые до известной степени случайны и меняются в зависимости от страны, социального положения, возраста, пола, профессии и переживаемого времени, то естественно, что деление паралича на такие отдельные группы или формы делается до известной степени условно и часто с известными натяжками. Поэтому у разных авторов оно не вполне одинаково и в смысле самого характера и названия формы и в особенности в смысле процентных отношений, приходящихся на каждую группу. Приводим в круглых цифрах статистические данные относительно главных форм проф. Крепелина, Юниуса и Арндта.

Форма паралича	Крепелин	Юниус и Арндт
	в процентах	
Дементная	53	37—40
Экспансивная	23—30	25—26
Ажитированная	5—6	5—8
Депрессивная	10—12	16—18
Циркулярная	3	

Здесь не указаны половые отличия, в особенности значительные по отношению к дементной форме, которая гораздо чаще встречается у женщин (по Крепелину у мужчин—в 50%, у женщин—в 60%).

Заслуживает внимания по своей тщательной дифференцированности деление по состоянию и течению, проводимое Бостремом.

	%
Простое слабоумие	34,0
Эйфорическое слабоумие	29,0
Гипоманиакальная форма	0,5
Депрессивная форма	7,0
Делирии	3,5
Состояния спутанности	7,5
Двигательное возбуждение	5,5
Шизофренические картины (1/3 из них дала такую форму после гипертермической терапии)	3,0

Сравнивая свои наблюдения с данными Юниуса и Арндта, опубликованными 20 лет назад, Бострем не может подтвердить верности указаний, делаемых некоторыми авторами, об увеличении чисто дементных форм. У Юниуса и Арндта их было даже больше, но это объясняется особенностями их материала, именно больничного с большим количеством хроников. Большая дробность деления у Бострема и появление таких форм, как делирии и шизофренические картины, нужно объяснить тем, что за последние 20 лет психиатры

получили в свое распоряжение ряд новых методов, дающих возможность ставить диагноз прогрессивного паралича значительно раньше, чем это было возможно прежде. В действительности разнообразие форм паралича еще значительно и не исчерпывается тем, что имеется в приведенных таблицах.

В не очень частых случаях течение паралича характеризуется необычайной интенсивностью и быстротой развития болезни. При очень большом возбуждении, иногда прерываемом инсультами, чрезвычайно быстро нарастает слабоумие и физическое истощение. В результате смертельный исход наступает уже по истечении года или даже 10—11 месяцев. Такие случаи принято обозначать как **г а л о п и р у ю щ и й п р о г р е с с и в н ы й п а р а л и ч**.

Как противоположность этой форме можно выделить другие, которые характеризуются своей большой продолжительностью. Отступления от обычного течения ■ сторону удлинения обычного срока наблюдаются значительно чаще, ■ не редкость встретить случаи, в которых смерть наступает только через 5—6 ■ даже 10 лет от начала болезни. Давно замечено, что так называемая **т а б е т и ч е с к а я ф о р м а п а р а л и ч а** (случаи с отсутствием коленных рефлексов) обычно затягивается. Терапия также может видоизменить течение болезни и удлинить ее продолжительность. Это прежде всего относится к сальварсанному лечению, которое теперь очень часто проводится при параличе; а затем применяемая теперь малярия нередко дает ремиссии, также увеличивающие продолжительность болезни. Но бывают случаи иного рода, где без всякого отношения к сухотке спинного мозга, артериосклерозу или лечению болезнь длится 15 или даже 20 лет. Болезнь с самого начала развивается очень медленно, постепенно, хотя клиника складывается из симптомов, вполне характерных для паралича, имея в виду как психические изменения, так и физические признаки. Анатомическое исследование в этих случаях заставляет отнести их именно к параличу. Ввиду медленности течения, причем клиническая картина не только месяцами, но и годами остается *in status quo*, такие случаи называют **с т а ц и о н а р н ы м п р о г р е с с и в н ы м п а р а л и ч о м**.

Чаще всего приходится иметь дело с так называемой **д е м е н т н о й ф о р м о й п а р а л и ч а**. Она характеризуется отсутствием элементов возбуждения, общей вялостью всех проявлений, эмоциональным безразличием и тупостью. Бредовых идей не наблюдается или они встречаются только в самой отрывочной форме и в виде скоропреходящих явлений. Нередки инсульты. Продолжительность болезни соответствует средней норме (2—3 года).

Очень характерна маниакальная форма или так называемый **к л а с с и ч е с к и й п а р а л и ч**. Самое существенное здесь — наличие стойкого повышенного фона настроения, более или менее значительного двигательного возбуждения и в особенности ярко выраженного бреда величия. В этих случаях особенно бывает выражено чувство блаженства, эйфории (рис. на стр. 143), соответственно чему и бред достигает высших степеней пышности, хотя и сохраняет все черты, специфические для паралича, именно абсурдность, нестойкость и доступность внушению. Эта форма за последние десятилетия встречается значительно реже. Она чаще у мужчин, чем

у женщин, для которых характерной нужно считать дементную форму. В этих случаях течение более благоприятно в том отношении, что может наступить более или менее глубокая ремиссия.

Близок к этой форме так называемый ажитированный паралич, который характеризуется очень большой раздражительностью ■ более или менее выраженным возбуждением. Вначале, как и при экспансивной форме, нередко бывают инсульты. В настроении преобладает раздражение, недовольство. Очень выражена бывает склонность к разрушению. Могут быть также нестойкие бредовые идеи величия.

Как об особом подвиде можно говорить о депрессивной форме паралича, к которой некоторые авторы относят не менее 12—15% всех случаев. На первый план выдвигаются явления вялости, иногда достигающей до полного ступора с бредовыми идеями самообвинения, преследования и гипохондрическими мыслями. Больной считает себя преступником, достойным смертной казни, погубившим всех своих родных. Нередко наблюдается микроманический бред; больному кажется, что он сам и все его органы необычайно малы; иногда он при этом высказывает убеждение, что его тело гниет, что он уже умер и совершенно не существует. Очень нередки бредовые идеи преследования, отравления, ревности. В некоторых случаях бредовые идеи настолько выдвигаются на первый план, что получается впечатление как бы особой параноидной формы. При этой форме сравнительно нередки галлюцинации, преимущественно слуха. Настроение не столько тоскливое, сколько безразличное.

Иногда у одного и того же больного картина паралича, начавшись как депрессивная форма, переходит в ажитированную или, что бывает реже, наоборот. Иногда состояние угнетения отделяется от возбуждения сравнительно светлым промежутком; в некоторых случаях может быть несколько депрессивных или экспансивных приступов. Эта форма под названием циркулярный паралич была впервые выделена французским психиатром Бриер де Буасмон. О ней писали С. С. Корсаков, Ф. Е. Рыбаков, А. Н. Бернштейн. Они рассматривали эту форму как сочетание двух болезней: циркулярного психоза и прогрессивного паралича. По их мнению, если больные циркулярным психозом заражаются сифилисом, то последний не дает у них банального прогрессивного паралича, причем циркулярный психоз как бы продолжает свое прежнее течение, но с каждым новым приступом все больше выступают на сцену физические признаки паралича, и начинается слабоумие, которое лишь очень медленно дает явления нарастания.

Эти данные старых авторов не стоят в противоречии и с более новыми взглядами, например Керера и Кречмера, по которым циклоидная конституция делает ее носителя иммунным по отношению к прогрессивному параличу, по крайней мере в обычной форме.

Сущность того, что называют циркулярным прогрессивным параличом или экспансивной или депрессивной формой его, можно ясно представить себе, учитывая основные моменты в построении психоза, в особенности взаимоотношения эндогенных и экзогенных моментов. Прогрессивный паралич, являющийся и сам по себе экзогенным заболеванием, поражает личность, которая в каждом отдельном случае имеет свои препсихотические особенности и свою генную структуру. Последняя находит себе определенное отражение в структуре психоза, который в своем существе связан со специфическим мозговым процессом, но в своей форме определяется целым рядом факторов, куда входит и врожденное предрасположение. Не случайно, что по данным Кальба в семьях с маниакально-депрессивным отягощением паралич обычно бывает в экспансивной или депрессивной форме, а в шизофренических—в депрессивной. Бострем говорит о возможности выявления органическими изменениями самого начального периода паралича приступа циркулярного психоза или шизофрении. Поскольку помимо выявления циркулярного психоза в целом может иметь место выявление маниакальных или депрессивных состояний в отдельности, не входящих обязательно в циркулярный психоз, а представляющих нечто самостоятельное, то вполне понятна возможность и экспансивной и депрессивной и циркулярной форм паралича. С этим гармонирует утверждение Перне, что органический про-

цесс усиливает основное настроение, свойственное данной личности. Заслуживает внимания и общая формула Керера, что паралитический болезненный процесс вызывает кроме осевого синдрома слабоумия еще ряд вторичных черт, появляющихся в результате расторможения или стимулирования то более латентных то более явных особенностей, обусловленных наследственным предрасположением. К этому мы могли бы добавить, что большое значение кроме того имеет сама личность со своими установками и экзогенные моменты, в частности психогения. Между прочим это относится и к параноидной форме паралича, которую нужно объяснять не только наследственностью, свойственной преимущественно шизофреническим семьям, но и переживаниями прошлого. На ряде случаев мы могли убедиться, что в сконструировании параноидной формы паралича главную роль могут сыграть такие моменты в прошлом, как пребывание в плену, в тюремном заключении, вообще тяжелая жизненная ситуация.

Иногда в течении паралича наблюдается довольно много кататонических явлений, причем может получиться даже картина более или менее выраженного шизофренического симптомокомплекса со слуховыми галлюцинациями, бредом физического воздействия, с негативизмом и другими кататоническими явлениями, однако обычно без выраженного аутизма.

Введение в терапию прогрессивного паралича активных методов и главным образом малярии познакомило психиатров с картинами, которых раньше не наблюдалось и которые несомненно очень обогатили знания клиники этой болезни. Сюда нужно отнести прежде всего те галлюцинаторные бредовые состояния, которые получили название герстмановской формы. На третьем и четвертом приблизительно приступе малярии, привитой паралитику, появляются возбуждение и затемнение сознания с устрашающими галлюцинациями и бредовыми идеями, могущие кончиться и смертью. За исключением этих редких случаев с летальным исходом у половины больных через некоторое время наступают успокоение и прояснение сознания с критическим отношением к переживаемому, в другой же половине развивается шизофреническая картина с *Gedankenlautwerden*, идеями гипнотического воздействия, физическим бредом преследования. Иногда сходство с шизофренией бывает так велико, что, не зная всей истории болезни, невозможно отрешиться от диагноза шизофрении. Оценка таких состояний представляет значительные трудности, а между тем они представляют большой интерес с точки зрения патогенеза как прогрессивного паралича, так и шизофрении, равно как и симптоматических психозов. Петте и Герстман для объяснения таких картин принимали положение, выдвигаемое анатомами, а именно М. О. Гуревичем, о сдвиге паралитического процесса в сторону сифилиса мозга под влиянием малярии. Действительно у паралитиков, леченных малярией и погибших после от какой-нибудь причины, исчезают изменения более диффузного характера, например инфильтрация, и процесс как будто принимает очаговый характер, как то свойственно мозговому сифилису. Плаут и Кан указывают однако, что такие герстмановские формы не свойственны и самому сифилису. Сущность изменений по видимому не всегда одинакова. Для некоторых случаев, именно тех, которые заканчиваются успокоением и прояснением сознания, может быть справедливо объяснение Бострема, что это малярийные и вообще инфекционные делирии, принявшие атипичную форму течения благодаря тому, что они развиваются в инвалидном мозгу. Для другой части можно думать о выявлении шизофрении, предрасположение к которой было вызвано инфекцией, причем в дальнейшем шизофрения течет своим путем. Таким образом это не видоизменение картины паралича под влиянием малярии, а спровоцированная последней шизофрения. Бывают однако случаи, когда паралич принимает картину, похожую на шизофрению, без всякого участия малярии или какой-либо иной инфекции, в особенности это бывает в затяжных случаях. Здесь мы сталкиваемся с неразрешенным еще вопросом о сущности шизофреноподобных синдромов при органических заболеваниях, в том числе при прогрессивном параличе.

Как об особых формах можно говорить о детском и юношеском прогрессивном параличе. В исключительных случаях паралич может развиваться в юношеском возрасте (около 18—20 лет) на почве сифилиса, приобретенного в раннем детстве. Но здесь речь идет о случаях с врожденным сифилисом, причем иногда признаки паралича обнаруживаются в возрасте 6—8—12 лет (детский паралич), чаще в возрасте полового

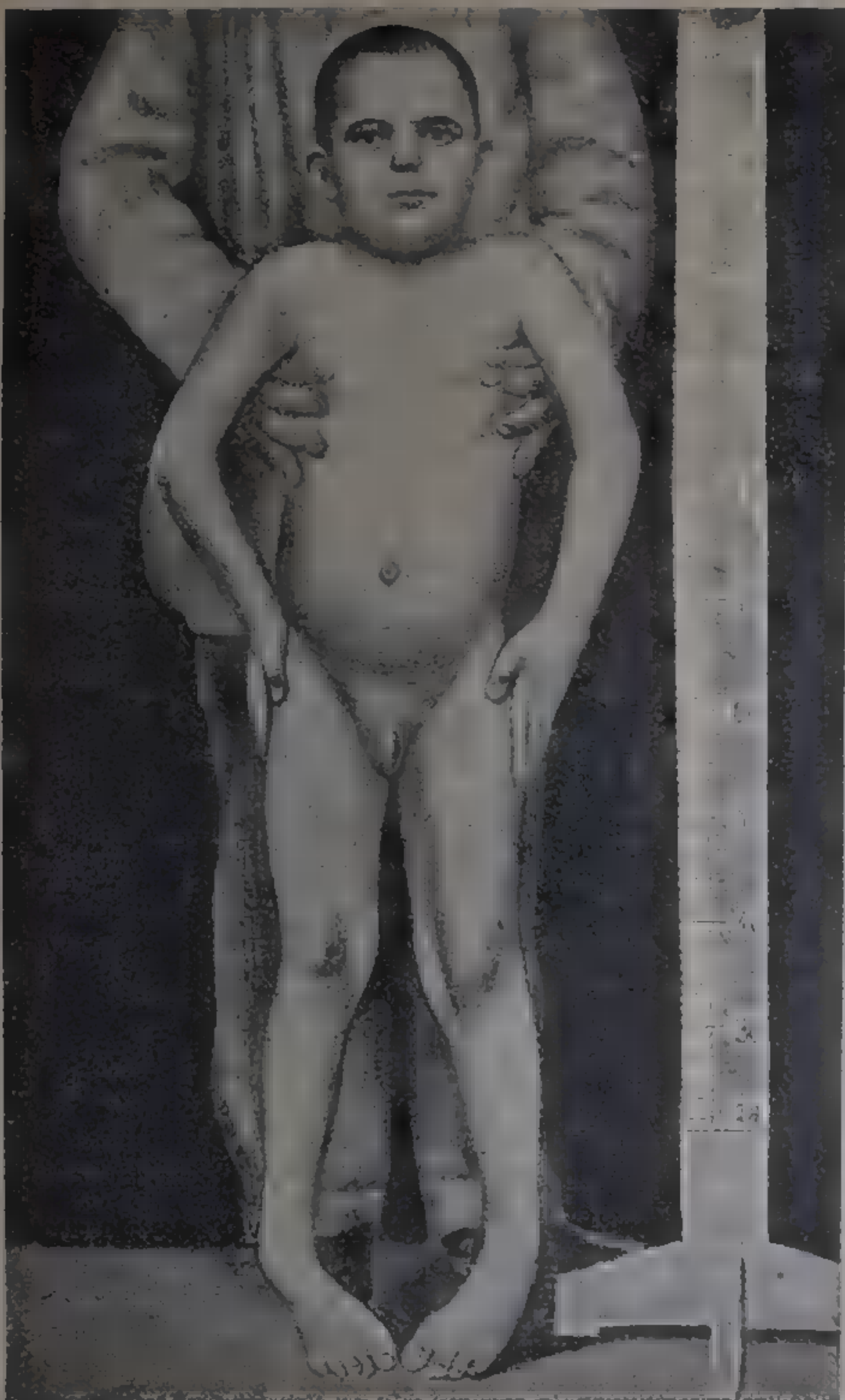


Рис. 83. Детский прогрессивный паралич со стойкими параличами конечностей.

известного беспокойства, но бредовых идей не наблюдается; в редких случаях можно отметить отрывочные идеи величия или преследования, часто только в виде намеков. Один наш пациент, мальчик 12 лет, говорил, что родные приносят ему гостинцы «большими пудами», чего в действительности не было; у другого были довольно горделивые мысли относительно будущего. Также не бывает сколько-нибудь резкого изменения настроения. Вообще с клинической стороны детский и юношеский паралич выступает главным образом как процесс, ослабляющий умственную деятельность, причем картина слабоумия рисуется почти в неприкрытом виде; она лишена тех многочисленных симптомов раздражения в виде возбуждения с совершением нелепых поступков, различных расстройств настроения, ярких бредовых идей, которые, складываясь в каждом отдельном случае до известной степени в особую картину, дают право говорить, что при параличе у взрослых кроме собственно слабоумия имеется определенный психический процесс. Акцент на слабоумии в этих случаях ставится еще и потому, что оно складывается не только из регресса, свойственного болезни, но и из элементов задержек развития интеллекта, так как паралич, как и всякий органический процесс мозга, задерживает развитие психики на той стадии, на которой началась болезнь. Сравнительно с остальными формами детский и юношеский паралич обращает на себя внимание своей атипичностью еще ■ том отношении, что при нем нередко симптомы, относящиеся определенно к сифилису мозга, например атактические расстройства мозжечкового типа, иногда стойкие

созревания или вскоре после него (юношеский паралич). Типичным является то, что до известного времени развитие ребенка идет более или менее нормально, а затем без видимой причины ребенок начинает отставать от других, приостанавливается в школьных успехах или даже глупеет настолько, что обращает на себя внимание всех окружающих. В некоторых случаях отмечаются паралитические инсульты или судорожные припадки.

При ближайшем изучении однако оказывается обычно, что этих случаях не приходится говорить о развитии болезни на фоне полного здоровья. Очень часто почва оказывается ослабленной вследствие сифилиса уже в соматическом отношении. Нередко можно отметить недостаточное физическое развитие, более или менее выраженную картину инфантилизма; часто констатируются обычные физические признаки дегенерации, свойственные врожденному сифилису. Также и с психической стороны нередко имеются более или менее ясные черты отсталости; иногда например такие дети начинают поздно ходить и говорить. Что касается клинической картины, то она обычно протекает в дементной форме, причем возможны явления

параличи и парезы (рис. 83). Чаще, чем при параличе у взрослых, наблюдаются различные эндокринные расстройства, в особенности склонность к ожирению типа адипозогенитальной дистрофии. К числу отличительных признаков этой формы нужно отнести также медленное нарастание болезненных явлений и сравнительную продолжительность течения. Исход — истощение и смерть, иногда на 5-й или 6-й год от начала болезни.

Распознавание прогрессивного паралича помешанных

Паралич помешанных представляет настолько серьезное заболевание, что крайне важно возможно раннее распознавание его и отличие от сходных по внешним проявлениям заболеваний. Возможность точного распознавания уже в самых начальных стадиях, ■ особенно в периоде так называемой предпаралитической неврастении, приобретает особенно важное значение за последнее время, когда разрабатываются новые методы лечения, обещающие большой успех именно в случаях, где болезнь захвачена во-время. В большинстве типичических случаев при достаточно выраженных явлениях диагноз паралича не представляет затруднений. Первое заболевание ■ среднем возрасте с ясными указаниями на ослабление интеллекта, начинающееся при этом на фоне полного здоровья ■ не находящее себе достаточного объяснения в действии каких-нибудь тяжелых внешних моментов, прежде всего должно заставить подумать о начинающемся прогрессивном параличе. Если при ближайшем рассмотрении налицо окажется картина несомненного ослабления интеллекта с угасанием высших интересов, с ослаблением работоспособности и уменьшением социальной пригодности, а при физическом исследовании окажутся налицо характерные расстройства зрачков и речи, в прошлом же, приблизительно лет за 10 был сифилис, то диагноз паралича очень вероятен. Из интеллектуальных расстройств нужно считать особенно важным ■ диагностическом отношении ослабление критического отношения с неспособностью замечать грубые противоречия, склонность подчиняться очевидности ■ делать выводы только из того, что непосредственно перед глазами, совершенно не учитывая всей совокупности данных, большую внушаемость, абсурдность бредовых идей, если они имеются; характерна также эмоциональная неустойчивость и в особенности слабодушие, а также нелепость поведения и совершение бессмысленных поступков. Все эти расстройства особенно тогда могут лечь решающим образом на чашку весов, когда внимательный анализ психического статуса и сравнение его с психологией больного в прошлом заставляют притти к бесспорному заключению, что все это — новые явления, совершенно не свойственные больному, каким он был всегда, и указывающие на какое-то глубокое изменение личности с характером деградации, упадка. Имеет значение также отсутствие критического отношения к своему положению и своей болезни, хотя и может быть налицо смутное сознание каких-то болезненных явлений, обычно оцениваемых как симптомы утомления, нервности самого невинного характера, о которых едва ли стоит говорить. Меньшее значение имеет расстройство формальных способностей, например памяти, способности счета и приобретенных сведений, в особенности профессионального характера. Один больной, по занятию портной, с на-

столько ясными признаками прогрессивного паралича, что оказался необычайно демонстративным для студентов, на лекции вместо того, чтобы отвечать на вопросы о болезни, занялся критикой костюма профессора, причем нашел, что он очень плохо сшит, сделал несколько верных замечаний и вообще был прав в своей критике, хотя она была совершенно неуместна и в данной ситуации была ярким проявлением слабоумия больного, каким было и все его поведение. Другой больной, врач, и притом психиатр, представлявший типичную картину паралича с уже очень заметным слабоумием, при исследовании его зрачков на обходе убеждал профессора: «Не забывайте, что анизокория не является доказательством прогрессивного паралича». Аналогичным образом больные паралитики, имевшие по особенностям своей профессии дело с цифрами, например кассиры, бухгалтеры, могут поражать своим хорошим счетом, даже находясь в состоянии значительного слабоумия. При ясных изменениях психики именно описанного характера важным подспорьем в диагностическом отношении являются так называемые физические признаки прогрессивного паралича, но было бы нецелесообразно основывать свою диагностику только на этом. Прежде всего изменения со стороны зрачков и расстройство речи не относятся к числу постоянных признаков, в особенности в начале болезни. Затем нужно иметь в виду, что аналогичные расстройства могут наблюдаться и при других заболеваниях. Нельзя придавать значения неравномерности зрачков, если она не сопровождается другими признаками, так как она может зависеть от самых различных причин и встречается при всех органических заболеваниях, ■ также во многих случаях вегетативных расстройств, являясь результатом одностороннего раздражения симпатического нерва. Полное отсутствие световой реакции имеет несомненно большое значение. При этом для паралича помешанных особенно характерным нужно считать именно симптом Аргиль-Робертсона, тогда как отсутствие реакции не только на свет, но и на аккомодацию ■ конвергенцию чаще наблюдается при церебральном артериосклерозе и вообще органических заболеваниях. Нужно помнить, что ослабление или даже отсутствие световой реакции может быть вызвано различными отравлениями: например это—обычное явление при продолжительном лечении большими дозами брома, а также при морфинизме; в последнем случае наблюдается в более или менее выраженной форме и миоз. Что касается расстройства речи, то, не говоря об афазических явлениях, которые могут наблюдаться при всех органических заболеваниях с очаговыми симптомами, изменения артикуляционного характера, т. е. наиболее типические для паралича, могут встречаться во всех тех случаях, в которых может иметь место поражение бульбарных центров, конкретно говоря, чаще всего при артериосклерозе, сифилисе мозга, опухолях мозга, не типических формах рассеянного склероза. Нужно иметь в виду, что у больных с острыми явлениями алкогольного опьянения расстройство речи по существу носит такой же характер, как при прогрессивном параличе. Помимо того, что расстройство в данном случае носит преходящий характер, алкогольное опьянение характеризуется настолько определенными признаками, что смешение этих двух заболеваний

вряд ли
ресное в
паралич
и другой
алкогол
нение р
явлений
иметь в
расстрой
том, вер
лей. Зде
целью, ■
тяжелого
зрачков,
особом п
значение
о которых

Больн
случай, ■
позднем е
ний врожд
возраста.
смешение с
менее знач
ставить и
паралич. Б
имея в вид
течения, н
решается с
в осложнен
хического
общей нер
нее значит
тельный ал
мания на
Надежным
кости; не
графия, ко
рисунок по
В самы
последняя
благодаря
и укрепля
а самое гла
если дать о
пониженно
и характер
Повод
ческих явл
ков, кое-ка
сутствуют
Заслуж
та б е т и ч
нения здесь
флексов, ко
при прогрес
сываемые п
психозам от
30 Психиатр

вряд ли возможно. Нужно иметь в виду одно обстоятельство, интересное не только с точки зрения дифференциального диагноза между параличом и алкоголизмом, но и возможности комбинаций того и другого. У несомненных паралитиков, которые пьют, под влиянием алкоголизма все паралитические расстройства и ■ частности изменение речи резко обостряются, с тем чтобы по миновании острых явлений алкоголизма дать известное улучшение. Еще более нужно иметь в виду возможность развития характерного для паралича расстройства речи под влиянием острого отравления хлоралгидратом, вероналом и другими снотворными, а также индийской коноплей. Здесь речь идет не об обычных приемах снотворных с лечебной целью, а о токсических дозах, дающих тяжелое отравление. Картина тяжелого оглушения с расстройством речи, иногда и изменением зрачков, настолько напоминает паралич, что можно говорить об особом псевдопаралитическом синдроме. Большое диагностическое значение вообще имеют данные серологического исследования, о которых говорилось выше.

Большие трудности для диагностирования представляют атипичические случаи, в частности те, которые наблюдаются в раннем или, наоборот, очень позднем возрасте. Детский паралич приходится дифференцировать от состояний врожденного слабоумия ■ других органических заболеваний детского возраста. Что касается позднего возраста; то здесь в особенности возможно смешение с мозговым артериосклерозом, а также с болезнью Пика. Более или менее значительные затруднения ■ диагностическом отношении могут представить и медленно развивающиеся формы, в особенности стационарный паралич. В последнем случае впрочем затруднения по существу могут быть, имея в виду слабую выраженность всех болезненных явлений и медленность течения, настолько значительны, что вопрос об окончательном диагнозе решается обычно только на анатомическом столе. Труднее распознавание в осложненных случаях, когда паралич развивается не на фоне полного психического здоровья, а у лиц, представлявших известные черты психопатии, общей нервности или у хронических алкоголиков с картиной более или менее значительного изменения, тоже с характером слабоумия. Однако тщательный анализ всей клинической картины с особым обращением внимания на развитие явлений помогает избежать диагностических ошибок. Надежным критерием всегда остается исследование спинномозговой жидкости; не в самых начальных стадиях может оказаться полезной энцефалография, которая обнаруживает расширение желудочков и более отчетливый рисунок поверхности коры там, где имеется атрофия.

В самых начальных периодах возможно смешение с неврастений. Однако последняя всегда предполагает наличие тяжелых истощающих моментов, благодаря чему быстро дает значительное улучшение в условиях отдыха и укрепляющего лечения. Кроме того там возраст обычно более молодой, а самое главное то, что нет стойких изменений интеллекта; работоспособность, если дать отдых и освободить от излишней нагрузки, также оказывается не пониженной; затем конечно отсутствуют физические признаки паралича и характерные изменения спинномозговой жидкости.

Повод к ошибке в диагнозе могут дать некоторые случаи неврастенических явлений у сифилитиков. Здесь может быть неравномерность зрачков, кое-какие серологические данные, но, как в предыдущем случае, отсутствуют расстройства интеллекта.

Заслуживает внимания вопрос об отграничении от так называемых табетических психозов ввиду того, что психические изменения здесь комбинируются с зрачковыми симптомами и изменениями рефлексов, которые по своей сущности тождественны с тем, что наблюдается при прогрессивном параличе помешанных. Психические изменения, описываемые под этим именем, не всегда одинаковы. Иногда к табетическим психозам относят реактивные изменения характера, развивающиеся в ре-

зультате длительных страданий с болями и различными соматическими расстройствами, иногда со слепотой. Может случиться, что табес комбинируется с маниакальным или депрессивным приступом циркулярного психоза. В этих случаях однако характер психических изменений сравнительно с прогрессивным параличом совершенно иной, не наблюдается также и расстройства речи. То, что описывалось в литературе в качестве табетических психозов, чаще всего представляет острые и подострые сифилитические психозы при табесе. Сюда относится из старых случаев наблюдение Бин-свангера (состояние боязливой спутанности и галлюцинаторного возбуждения с исходом в выздоровление), из новых—случай Якоба, нашедшего при анатомическом исследовании табес и люетический эндоартериит мозговых сосудов. Дифференциальный диагноз между параличом и сифилитическими психозами должен иметь в виду все то, что было изложено в соответствующем отделе в главе о сифилисе мозга.

Если иметь в виду более развитую картину болезни, когда несомненно вообще наличие какого-то органического заболевания, чаще всего возможны смешения с опухолями мозга. Несмотря на все усовершенствования методики исследования все же это заболевание нередко просматривается, равно как диагностируется там, где на секции его не оказывается. Нередко опухоль мозга принимается за прогрессивный паралич. При разнообразии симптоматики в случаях мозговых опухолей естественно возможно сочетание явлений, приближающееся в картине паралича. В особенности это возможно при локализации опухоли в лобных долях, на основании мозга или вообще в таких отделах, поражение которых долгое время не дает симптомов фокусного характера. При известной локализации процесса возможно появление у некоторых больных физических признаков ■ слабоумия, без того чтобы на первый план выдвигалось оглушение ■ симптомы, зависящие от повышения внутричерепного давления. К тому же р. В. ■ при опухоли, ■ особенности при глиоме, может оказаться положительной, а производство пункции при подозрении на опухоль мозга делается всегда с большой осторожностью. Но раз заподозрена вообще возможность опухоли мозга там, где клиническая картина прежде всего дает повод думать о прогрессивном параличе, точное исследование обычно быстро помогает решить дело. Следует иметь в виду возможность таких случаев, когда паралич осложняется опухолью мозга, например глиомой, или развивается на почве уже имевшейся опухоли (тератома), но такие случаи представляют большую редкость.

Повод к ошибкам в диагнозе могут дать некоторые случаи хронического алкоголизма, в особенности если в анамнезе имелся сифилис. В картину хронического алкоголизма входят стойкие изменения интеллекта ■ всей личности, отчасти напоминающие то, что наблюдается при прогрессивном параличе. Может быть также неравномерность зрачков с ослаблением световой реакции, с расстройством речи, с дрожанием языка и рук, с повышением коленных рефлексов. Сходство с параличом иногда бывает так велико, что дает повод говорить о возможности синдрома, который может быть назван алкогольным псевдопараличом. Однако развитие болезненных явлений в этих случаях идет очень медленно, и анализ их обнаруживает, что все они целиком могут быть связаны в генетическом отношении с алкоголизмом, кроме того изменения личности не столь глубоки и несколько иного типа. Помогает выйти из затруднения и серологическое исследование.

Что касается артериосклероза, то опорными пунктами здесь являются гораздо более медленное развитие явлений, очень медленное, постепенное начало, иной тип слабоумия даже в далеко зашедших случаях; имеет значение то, что в противоположность прогрессивному параличу страдают не личность в целом, основы которой сохраняются очень долгое время, а формальные способности, например память.

Патологическая анатомия прогрессивного паралича. Изменения в соматической сфере

На вскрытиях при этой болезни рано начали обращать внимание на внутренние органы, так что в общем по этому вопросу накопился довольно большой материал. Больше всего данных имеется отно-

сительно
или мене
как в 20
было отм
болезни
ность не
ключаетс
других п
могли бы
туберкул
в нижней
не предст
ным, но
повидимо
вания мо
пает от
Не особе
пневмони
пищи.

Еще б
и сосудов
и расшир
менее как
аортита
и доказан
смотреть
которое
Сравните
и других
Видимо о
не насту
случаях;
дов серд
Артериоск
при парал
которые
явления
ческих из
уменьшен
всех желе
вообще го
исследова
прогресси
у Пильча
их (в 10
страняется
ность к о
Измене
черепа. И
черепа, ка
бывает вы

сительно состояния легких и сердца. По нашим исследованиям более или менее выраженный туберкулез легких отмечается не меньше, как в 20%. В общем легочный туберкулез, как это было отмечено и Пильчем, при параличе несмотря на тяжесть болезни и связанные с ней ослабление активности и малоподвижность не особенно частое явление. Причина этого несомненно заключается в том, что больные сравнительно быстро погибают от других причин и прежде всего от паралитического истощения. Мы могли бы добавить к этому, что приблизительно в 20% легочный туберкулез осложняется образованием язв в кишечнике, обычно в нижней части тонких кишок. Такое осложнение, вообще говоря, не представляет большой редкости и является довольно естественным, но у слабоумных больных, в том числе и у паралитиков, оно повидимому наблюдается чаще вследствие более частого проглатывания мокроты. Сравнительно нередко при параличе смерть наступает от катаральной, гипостатической или крупозной пневмонии. Не особенно редко у паралитиков можно встретить глотательную пневмонию, зависящую от попадания в дыхательные пути кусков пищи.

Еще большее значение имеют осложнения со стороны сердца и сосудов. Из них чаще всего встречаются атероматоз аорты и расширение дуги аорты, которое может быть констатировано не менее как в половине всех случаев. В виду того, что в генезе эндоаортита играют большую роль чисто сифилитические изменения и доказано прямое присутствие здесь спирохет, на него приходится смотреть не как на случайное осложнение, а как на такое изменение, которое имеет довольно близкое отношение к существу болезни. Сравнительно с частотой и распространенностью склероза аорты и других сосудов гипертрофия сердца не особенно частое явление. Видимо общее ослабление организма является причиной того, что не наступает гипертрофии, представляющей правило в других случаях; зато довольно часто констатируется склероз венечных сосудов сердца и особенно жировое перерождение сердечной мышцы. Артериосклеротические изменения—очень распространенное явление при параличе во всех органах; они же лежат в основе тех изменений, которые наблюдаются в почках и печени. Очень часты застойные явления с расширением центральных вен—картина вазопаралитических изменений в печени. Довольно часто отмечается и общее уменьшение печени в связи с общим атрофическим процессом во всех железистых органах. Железам внутренней секреции уделялось, вообще говоря, довольно много внимания, особенно французскими исследователями, но ничего особенно характерного для патологии прогрессивного паралича не получено. Относительно надпочечников у Пильча имеется указание на сравнительно нередкий туберкулез их (в 10 из 200 с лишком случаев). Атрофический процесс распространяется при параличе на кожу и костную ткань, отсюда склонность к отематомам и переломам костей.

Изменение костей такого же характера наблюдается и в области черепа. Иногда твердая мозговая оболочка срастается с костями черепа, как и с находящейся под ней мягкой; в особенности это бывает выражено в области большого синуса, где обыкновенно

наблюдается и разрастание пахионовых грануляций. Изредка можно встретить картину геморрагического пахименингита.

Макроскопические данные со стороны центральной нервной системы

Очень постоянны и имеют большое значение утолщение и мутность мягкой мозговой оболочки—хронический лептоменингит. Давно считалось установленным, что прогрессивный паралич можно с большой степенью вероятности диагностировать уже на вскрытиях, не прибегая к микроскопическому исследованию, на основании известной группы признаков—хронического лептоменингита, атрофии извилин, внутренней водянки и зернистого эпендиматита IV желудочка. Лептоменингит больше всего выражен с выпуклой стороны полушарий и всего интенсивнее—в лобных долях и вообще передних отделах мозга; мутность оболочки особенно сильно бывает выражена вдоль сосудов. Благодаря утолщению и инфильтрации *pia*e, обуславливающих ее мутность, рисунок подлежащей поверхности мозга в значительной мере затушовывается (рис. 84). Утолщенная *pia* большей частью представляется белесоватой с желтоватым оттенком. Она часто срастается с веществом коры, отдельные участки которой при снимании оболочки отрываются вследствие этого от остального мозгового вещества; отчасти это явление зависит от слипания коры с оболочкой, частью от трупных изменений, так как оно по наблюдениям Альцгеймера реже бывает, если вскрытие производят вскоре после смерти. К изменениям паутинной оболочки относится образование пластинок остеоидной ткани, более частое вообще в спинном мозгу. Резко выраженный склероз сосудов основания—не особенно частое явление.

Из макроскопических данных, относящихся к самому мозгу, особенного внимания заслуживает атрофия мозгового вещества и стоящее с ней в связи уменьшение объема и веса. Вопрос в данном случае осложняется тем, что собственно атрофические изменения не сразу выступают так сильно, чтобы очень скоро сказаться на весе, а вследствие венозной гиперемии и отека мозга часто агонального происхождения вес мозга может быть даже и увеличен. По данным П. Кирхберга при параличе имеет место смещение наибольшей плотности веса с 1400 на 1250 г у мужчин и с 1235 до 1000 г у женщин. По отношению к своим случаям мы могли бы отметить приблизительно то же смещение наибольшей плотности влево, но с небольшими отступлениями от данных Кирхберга, именно без такой значительной разницы веса у мужчин и женщин: 1200 и 1100. В своих наблюдениях ясные атрофические изменения мы констатировали не менее, чем в 60%. Нужно иметь в виду, что в части случаев они могут маскироваться гиперемией и лептоменингитом, если выражены не особенно значительно. В громадном большинстве случаев убыль вещества более всего заметна в лобных, отчасти центральных извилинах. Сильно страдают также теменные и височные извилины, тогда как затылочные доли меньше всего принимают участие в общем процессе. Атрофия более всего касается серого вещества коры.

Благодаря
расширен
то зияю
истончен
стовидны
менение
лах одно
лины ча
жено нер
чем мест
щей атро
глаза огр
лые запад
глубины
полненны
костью и
паутинно
вое впечат
изводят
размягче
действите
ничего
ского про
ного пара
го такие
ются в ле
иногда н
поверхно
вилины, р
на энцефа
ры еще бо
щества мо
нием с то
разрезах
и белое
вающим
обращаю
коры пол
лах, нап
может ох
представ
ление на
сейчас о
вульгарн
где наиб
а к каки
Такие с
Как пря
вать вну
васию дл
свободны

Благодаря этому борозды расширены, часто как будто зияют, а извилины истончены, заострены, листовидны (рис. 85). Это изменение даже в пределах одной и той же извилины часто бывает выражено неравномерно, причем местами на фоне общей атрофии бросаются в глаза ограниченные округлые западения до 1—1½ см глубины в виде пустот, наполненных серозной жидкостью и покрытых сверху паутинной оболочкой. Первое впечатление они производят как мелкие кисты размягчения, тогда как в действительности здесь нет ничего кроме атрофического процесса, свойственного параличу. Чаще всего такие пустоты встречаются в лобных извилинах, иногда на их орбитальной поверхности. Атрофию извилин, равно как и расширение желудочков можно констатировать и

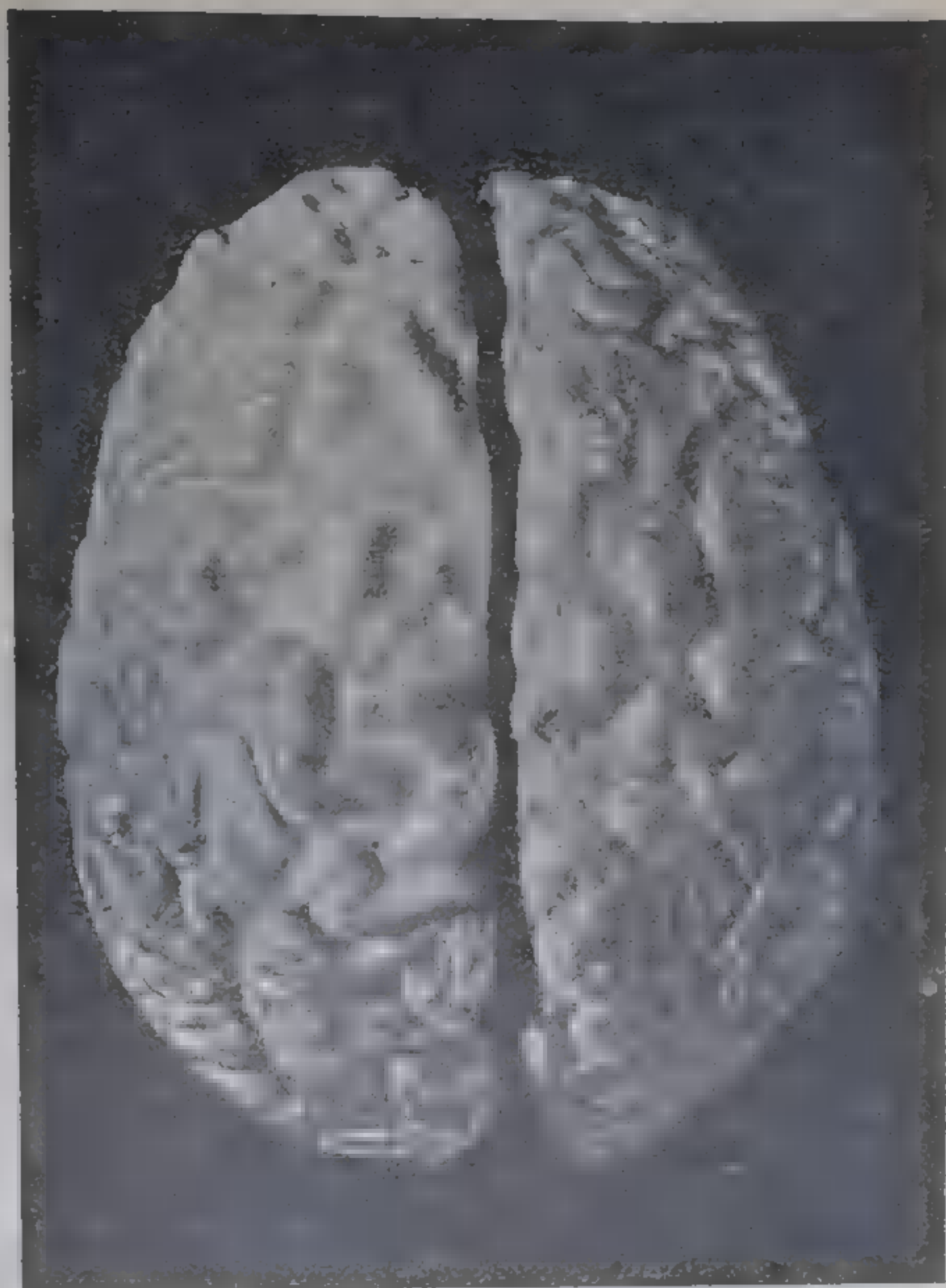


Рис. 84. Мозг паралитика, снятый сверху. Резко выраженная мутность мягкой мозговой оболочки.

на энцефалограмме паралитика (рис. 86). Атрофия серого вещества коры еще более ясно выступает на разрезах; здесь истончение серого вещества может быть доказано непосредственным измерением и сравнением с толщиной нормальной коры в соответствующих извилинах. На разрезах же можно убедиться, что в атрофии принимает участие и белое вещество; прослойки его между серым веществом, покрывающим противоположные стороны одной и той же извилины, часто обращают на себя внимание тем, что ненормально тонки. Помимо коры полушарий аналогичные изменения нередки и в других отделах, например в зрительном бугре, чечевицеобразном ядре; атрофия может охватить собой и мозжечок, но в большинстве случаев он не представляет заметных изменений. В коре полушарий распределение наибольших изменений не всегда бывает именно таким, как сейчас описано, оно соответствует только обычным, так называемым вульгарным случаям, но помимо них могут быть атипичные случаи, где наибольшие изменения приурочиваются не к лобным извилинам, а к каким-нибудь другим отделам, часто к теменным долям (рис. 87). Такие случаи давно носят название лиссауэровского паралича. Как прямое последствие атрофических процессов нужно рассматривать внутреннюю водянку мозга, развивающуюся по принципу ех vacuo для замещения пространства в черепной полости, остающегося свободным вследствие убыли мозговой ткани. Обычно дело ограни-

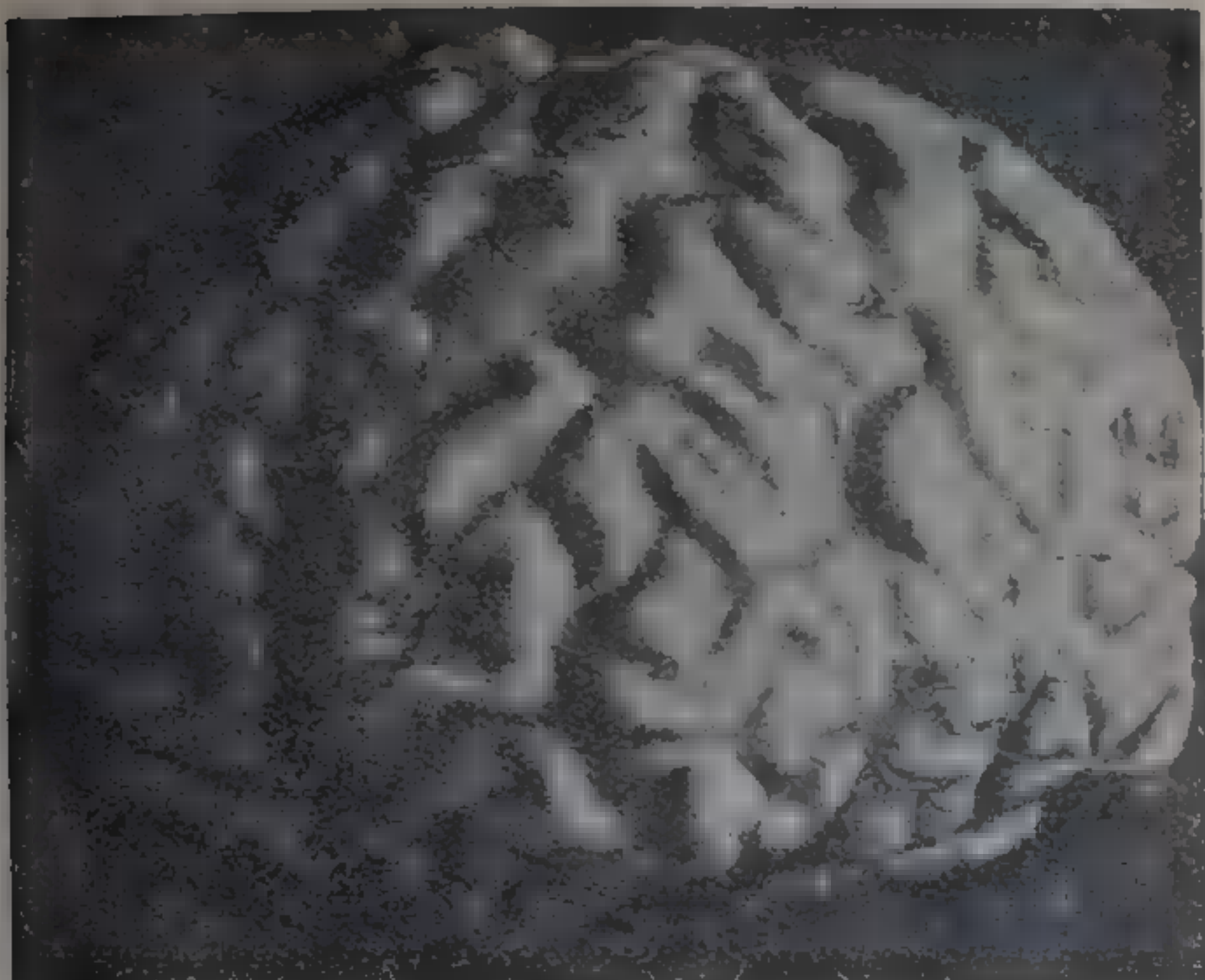


Рис. 85. Мозг паралитика, снятый спереди.



Рис. 86. Энцефалограмма больного с прогрессирующим параличом. Ясно видна атрофия извилин, преимущественно лобных, и расширение желудочка.

таться у паралитиков, нужно добавить, что при этой очень частой болезни могут встретиться различные изменения, имеющие только косвенное отношение к ее существу. Прежде всего нередко могут встретиться ограниченные кровоизлияния и размягчения в различных отделах коры полушарий; они иногда зависят от артериосклероза, развивающегося на почве того же сифилиса, или имеют ясно сифилитическое происхождение. От той же причины зависят ограниченные очаги воспалительных явлений в оболочках, дающие иногда срастание соседних извилин с последующей атрофией. Ввиду важности таких случаев для выяснения вопроса о взаимоотношении между сифилисом и прогрессирующим параличом все они до последнего времени заботливо изучались и описывались. Такие случаи и теперь не утратили своего значения, но все же с открытием спирохет в мозгу паралитиков центр тяжести вопроса о сущности болезни лежит совершенно в ином, почему такие комбинированные случаи теперь интересны не с той стороны, которая раньше представлялась наиболее важной. Нужно иметь

считается расширением боковых желудочков, но иногда такие же изменения наблюдаются и в III желудочке, причем расширяется и монроево отверстие. Эпендима желудочков очень часто бывает неровна, шероховата. Это особенно часто наблюдается в области IV желудочка. Здесь эпендима кажется покрытой маленькими возвышениями, точно капельками росы; чтобы лучше видеть это изменение, следует рассматривать эпендиму несколько сбоку и поворачивая препарат из стороны в сторону. К макроскопическим особенностям прогрессирующего паралича относятся и такие, которые имеют значение аномалий развития. Как и при других психозах, здесь могут быть различные отступления от обычного типа в расположении сосудов основания. Иногда отмечается неправильность в сформировании мозжечка; это особенно часто наблюдается в случаях паралича на почве врожденного сифилиса.

Затем, чтобы покончить с макроскопическими особенностями, какие могут встре-

Рис. 87. С

■ виду, что прямого сифилитического микрокосма, например Альцгеймера, ли холестерина, мательно симптомы почему в случайной церкам.

Изменения Могут, с нервными

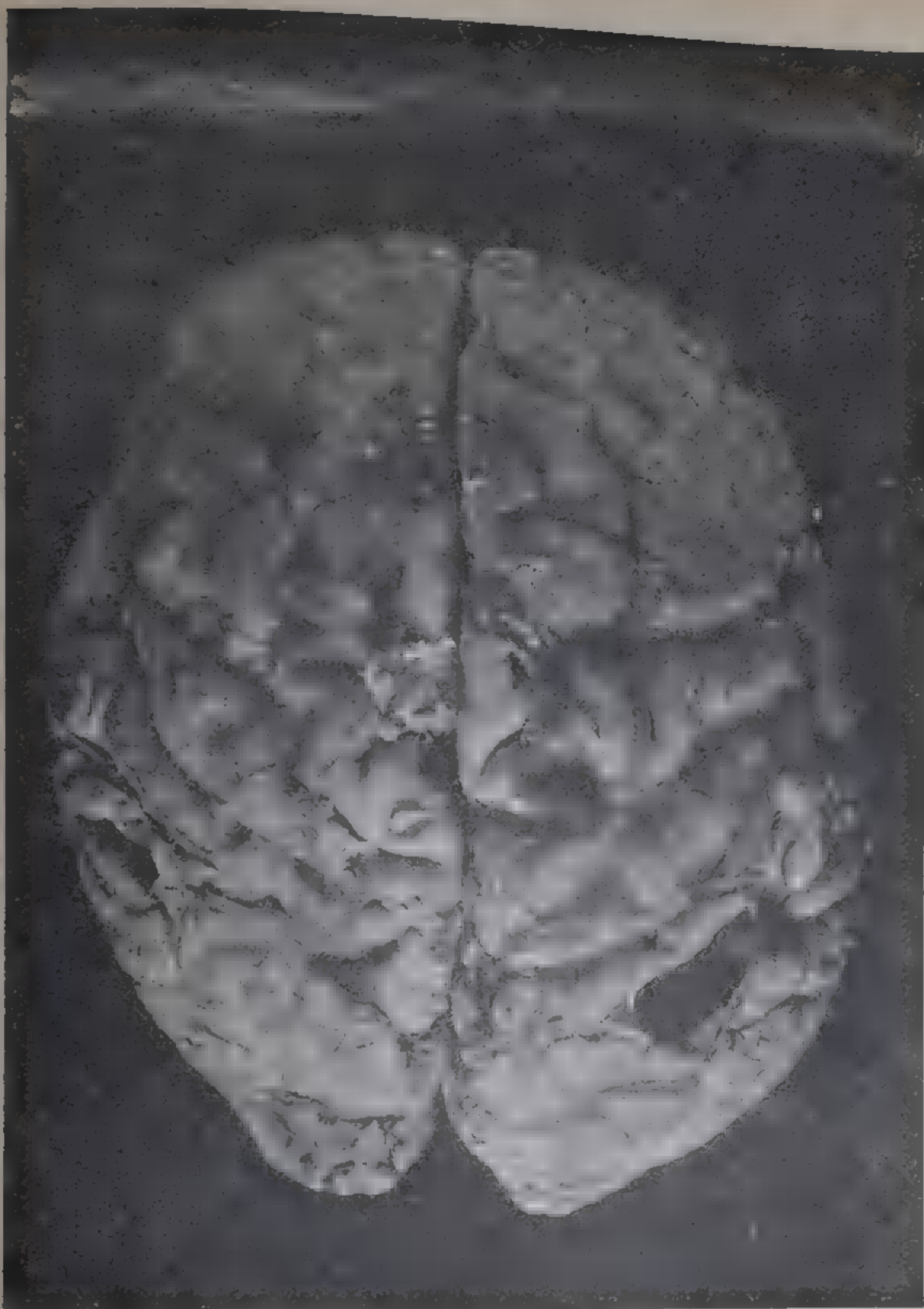


Рис. 87. Случай атилического паралича с резко выраженной атрофией теменных и затылочных извилин.

в виду, что при параличе могут встретиться изменения, не имеющие к нему прямого отношения, например опухоли. Здесь конечно не имеются ■ виду гуммы; поскольку паралич есть ■ конце концов не что иное, как позднее сифилитическое заболевание мозга, нахождение их здесь естественно. Мелкие микроскопические гуммы при параличе совсем не представляют исключительного явления. Но мы сейчас говорим об опухолях другого характера, например в случае Рюле была веретенообразная саркома лобной доли. Альцгеймер неоднократно находил глиомы; мы в одном случае обнаружили холестеатому в области мозжечково-мостового узла. Нужно тем более внимательно относиться к возможности таких комбинаций, что клинические симптомы опухоли до известной степени покрываются картиной паралича, почему в большинстве случаев они при вскрытиях паралитиков бывают случайной находкой. То же в большей мере относится к отдельным цистическим.

Данные микроскопического исследования

Изменения нервных клеток представляют мало характерного. Могут, особенно в мозжечке, встретиться д в у х ъ я д е р н ы е нервные клетки. Изменения носят как острый, так и хрониче-



Рис. 88. Перерождение тангенциальных, частью и радиальных волокон в коре.

мической картине прогрессивного паралича. Более всего изменяются тангенциальные волокна, особенно в молекулярном слое. Тангенциальные волокна более глубоких слоев вообще меньше страдают; то же еще в большей степени относится к радиальным волокнам, но в конце концов нужно сказать, что ни одна система волокон не остается непораженной (рис. 88). Белое вещество представляет картину более или менее глубокого разрежения. Помимо перерождения волокон, стоящего в связи с самой сущностью болезни, могут быть картины вторичных перерождений и целых систем и отдельных волокон в них.

Схема распределения изменения волокон по различным отделам, установленная Тютчеком, остается в силе и в настоящее время. Максимум изменений наблюдается в лобных долях, отсюда по направлению кзади интенсивность все убывает.

ский характер. Диффузный хромотолиз обычно сопутствует всем другим изменениям. Наряду с острыми изменениями, поражающими более крупные элементы, постоянно приходится наблюдать картину склероза, соединенного с пигментно-жировым перерождением. Обычный спутник такого склероза — неправильное расположение верхушечных отростков — сильно выражено и здесь.

Внутриклеточные фибриллы подвергаются все большему разрежению и в конце концов совершенно исчезают.

Дело не ограничивается одним перерождением клеточной протоплазмы, но часто доходит до полной гибели клетки, причем обычно раньше исчезают отростки. Вследствие гибели значительного количества клеточных элементов, сморщивания и изменения формы сохранившихся клеток внутренняя архитектура коры большей частью глубоко нарушается. Из отдельных слоев более всего страдают малые и средние пирамиды. Большей атрофии лобных извилин соответствует как правило и более интенсивная гибель нервных элементов в этих же отделах.

Перерождение миелиновых нервных волокон всегда было и будет одним из самых крупных фактов в анато-

По
го изм
было
мание
о ча
ро ж
ли н
ло ч
сводит
в раз
в сер
ществ
дов, г
в цен
линах
ных, в
переро
вых
хране
линдр
тельны
ем гл
то ми
то бол
ги, за
исслед
белесо
пом н
ничны
в пол
проце
ности
тем, к
ния т
локал
жены
сосуд
Вв
строе
вых с
сеяни
Бо
вообш
лочки
чение
лично
и кол
в пор
со сра
состо
же та

Помимо диффузного изменения волокон было обращено внимание на особенные очаговые перерождения миелиновых оболочек. Сущность сводится к тому, что в различных местах в сером и белом веществе около сосудов, главным образом в центральных извилинах, реже — в лобных, наблюдается перерождение миелиновых оболочек с сохранением осевых цилиндров и с незначительным разрастанием глии; образуются то микроскопические то более крупные очаги, заметные и при



Рис. 89. Утолщение и инфильтрация мягкой мозговой оболочки, инфильтрация периваскулярных пространств и всей коры.

исследовании простым глазом на препаратах по Вейгерту в виде белесоватых пятен на черном фоне. Такие очаги могут быть в большом количестве рассеяны по извилинам или констатируются в единичных экземплярах; в общем они могут быть отмечены более чем в половине случаев. Описавшие это изменение авторы считают его процессом *suī generis*, стоящим в связи с сущностью болезни; в частности они исключают возможность его происхождения таким же путем, как возникают напоминающие его по внешнему виду разрежения ткани при артериосклерозе мозга; правда, они иногда тоже локализируются около сосудов, но последние большей частью расположены не в центре ткани разрежения; к тому же во многих случаях сосуды не представляют особенных изменений.

Ввиду сходства макроскопического вида и микроскопического строения (сохранение осевых цилиндров при исчезновении миелиновых оболочек) авторы говорят об анатомическом сходстве с рассеянным склерозом.

Большое значение имеют изменения со стороны сосудов и вообще мезодермы. Утолщению и мутности мягкой мозговой оболочки при микроскопическом исследовании соответствует увеличение волокнистой соединительной ткани и инфильтрации ее различными клеточными элементами (рис. 89); при этом увеличивается и количество ядер, принадлежащих собственно *riae*, в частности в порядочном количестве попадаются большие округлые клетки со сравнительно маленьким ядром. В главной массе инфильтрация состоит из лимфоцитов и плазматических клеток, попадаются также так называемые тучные клетки (*Mastzellen*). Скопления полину-

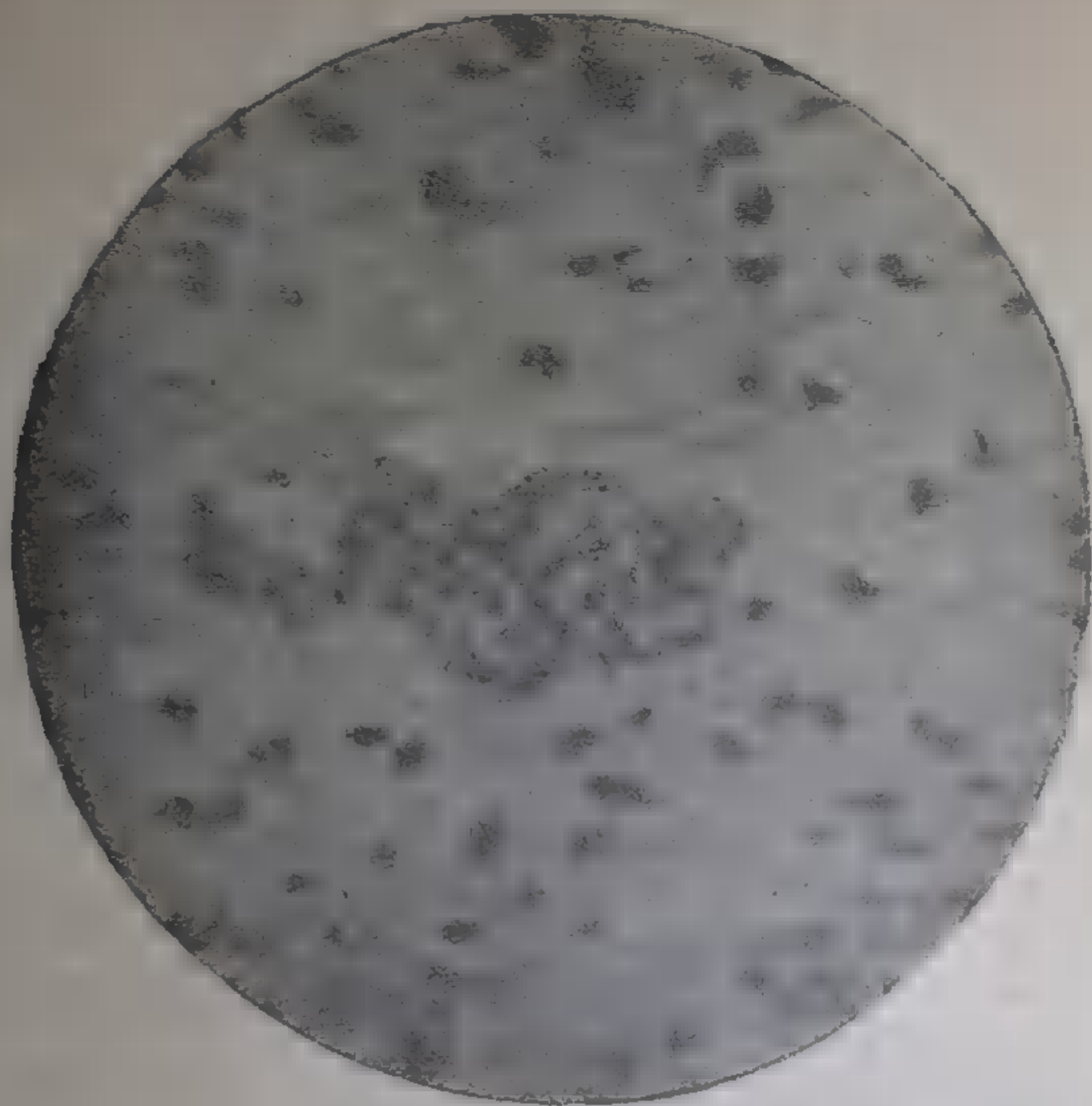


Рис. 90. Разрастание элементов сосудистой стенки при врожденном сифилисе.

клеаров можно встретить только при наличии флегмоны, начинающемся пролежне, пиелите или другом аналогичном процессе.

Увеличение волокнистой соединительной ткани наблюдается также вокруг кровеносных сосудов, но более важны изменения самих стенок сосуда и в особенности процессы, происходящие в периваскулярных пространствах и вообще в их окружности. Что касается самих сосудов, то здесь прежде всего можно встретить гиалиноз прекапилляров; но на него нужно смотреть все-таки как на осложнение; между тем очень постоянны изменения, имеющие прямое отношение к существу болезни. Здесь прежде всего нужно иметь в виду набухание и разрастание элементов эндотелия мелких сосудов, ведущее к более или менее значительному ограничению просвета (рис. 90). Иногда встречаются и картины с характером гейбнеровского эндоартериита, но это тоже можно считать осложнением в картине дегенеративных изменений, свойственных прогрессивному параличу; разрастание же эндотелия отмечается постоянно. Своеобразная инфильтрация периваскулярных пространств принадлежит вместе с перерождением тангенциальных волокон к числу самых важных признаков. В состав инфильтрации входят лимфоциты и плазматические клетки (рис. 91). Помимо периваскулярных пространств плазматические клетки в качестве отдельных экземпляров часто попадают в ткани довольно далеко от сосудов. Инфильтрация с плазматическими клетками, правда гораздо слабее выраженная, встречается и в других отделах нервной системы, в центральных ганглиях и белом веществе.

Чтобы закончить описание изменений, происходящих в мезодермальной ткани, остается упомянуть об увеличении числа сосудов вследствие разрастания их в некоторых случаях и о палочковидных клетках. Все эти изменения придают особенный отпечаток микроскопической картине коры паралика.

Изменения мозжечка чаще наблюдаются в случаях врожденного паралича, но они довольно обычное явление и при параличе у взрослых, хотя здесь по интенсивности отступают на задний план сравнительно с изменениями больших полушарий.

Особого внимания заслуживает состояние зрительных нервов и сетчатки. Что здесь изменения могут быть не только собственно при табетической форме, это было известно довольно давно, особенно благодаря французским исследователям.

Варолиев мост, продолговатый мозг и вообще вся стволовая часть также следуют общему правилу, что при параличе изменяются все отделы центральной нервной системы. Особенно хорошо изучены дегенеративные изменения ядер черепных нервов, расположенных в этой области. То же самое приходится сказать и относительно спинного мозга.

Если к изложенному добавить, что в периферических нервах, особенно нижних конечностей и преимущественно в дистальных отделах, констатируется перерождение значительного количества волокон, то не останется ни одного отдела, на который паралич не наложил бы свою тяжелую руку.

Особенности, свойственные отдельным формам паралича

Макро- и микроскопические изменения при параличе так многочисленны и разнообразны, что несомненно представляется целесообразным свести их к определенным типам или подвидам и сопоставить их с отдельными разновидностями по течению. Нужно сказать, что корреляции между клиникой и анатомией здесь оказываются не так велики.

В случаях паралича, резко отличающихся друг от друга по клиническим проявлениям, картина под микроскопом может быть одна и та же; это относится прежде всего к маниакальной и депрессивной формам, при которых изменения в мозгу носят банальный характер; табетическая форма в части, касающейся головного мозга, также ничем не отличается от осталь-

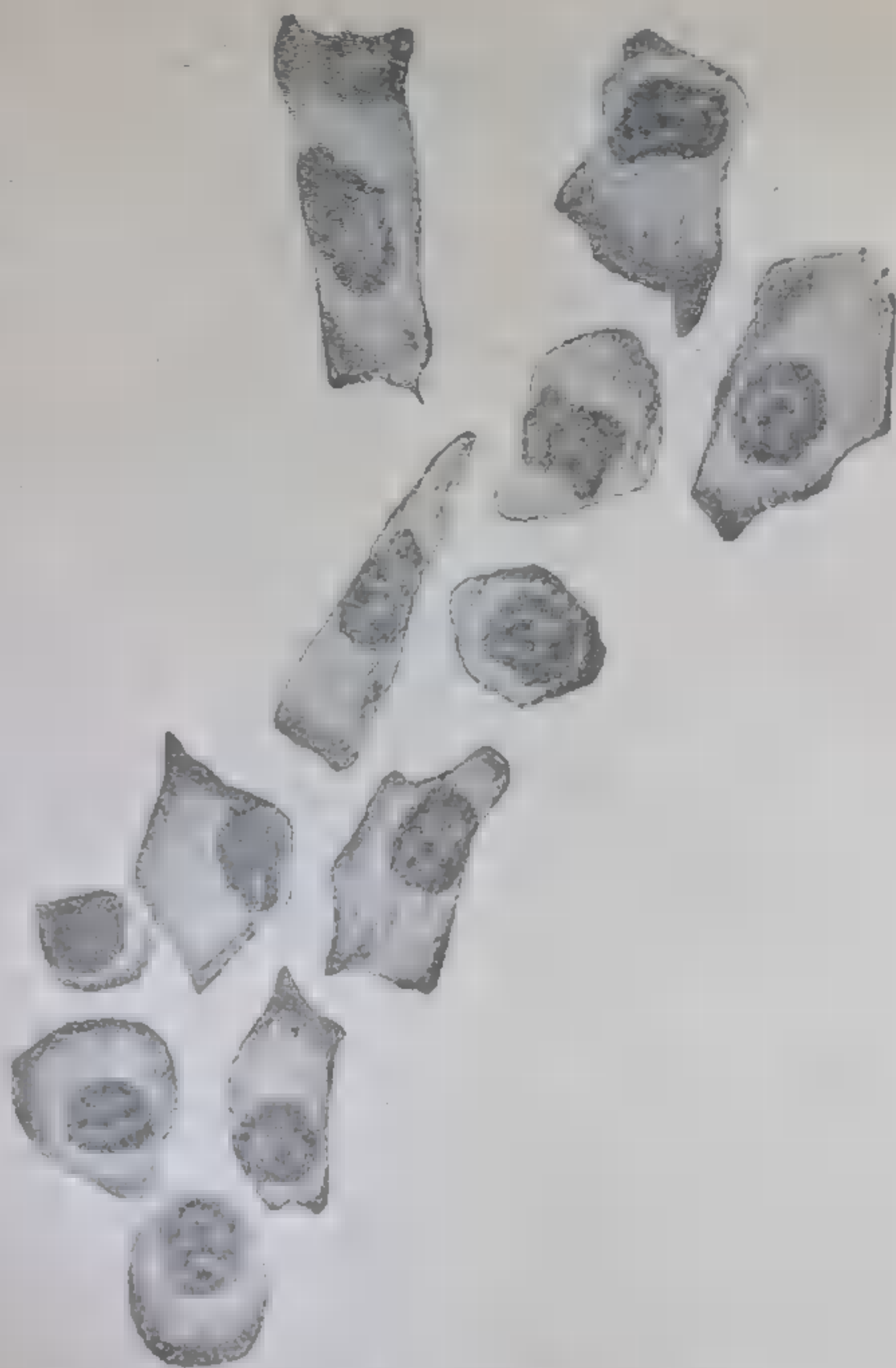


Рис. 91. Плазматические клетки.



Рис. 92. Случай паралича на почве врожденного сифилиса. Расширение боковых желудочков.

ных. Галопирующий паралич, столь яркий по своему бурному течению, с анатомической стороны не имеет для себя характерных особенностей. Альцгеймер указывает только, что в таких случаях все изменения одинаково сильно выражены во всех отделах, не приурочиваясь к лобным или каким-нибудь другим извилинам.

Детский и юношеский параличи с анатомической стороны представляют одну форму. Как известно, юношеская форма выделена Клустоном в 1877 г. Большинство наблюдений описано только с клинической стороны, но и анатомические особенности выяснены достаточно определенно. Первая из них, отмеченная Лафора и Альцгеймером,—это большая частота различных аномалий развития; именно здесь особенно часто наблюдаются двух- и трехъядерные клетки Пуркинье, неправильное расположение нервных клеток и гетеротопии серого вещества. Другая особенность—расширение мозговых желудочков в гораздо более значительных размерах, чем это наблюдается при параличе на почве приобретенного сифилиса (рис. 92). Еще более постоянным и важным ввиду их прямого

отношения к существу процесса нужно считать облитерирующий эндоартериит сосудов основания. Микроскопическое исследование обнаруживает специфический характер поражения сосудов, также и другие, чисто сифилитические изменения.

Таким образом юношеская форма паралича отличается наличием признаков, имеющих значение аномалий развития, а также наличием чисто сифилитических изменений, чаще всего облитерирующего эндоартериита. Все эти особенности зависят не от того, что паралич развился в детском или юношеском возрасте, а от того, что в основе здесь врожденный сифилис. Ввиду этого более точным названием для этой группы был бы паралич на почве врожденного сифилиса, тем более что точно такие же анатомические картины на этой почве описаны и в более поздних возрастах.

Со стационарным параличом впервые познакомились как с клиническим понятием, и патологическая анатомия здесь сыграла очень большую роль для точного его выделения.

Ввиду того, что сифилис помимо паралича помешанных играет большую роль в этиологии артериосклероза, нередко наряду с паралитическими изменениями можно встретить и картину артериосклероза, притом с такими гистологическими особенностями, которые ни в какой мере не указывают на сифилис как их причину. Частоте таких совпадений может способствовать и то, что некоторые моменты, имеющие значение для паралича, как алкоголизм и умственное напряжение, не безразличны и для артериосклероза. С гистологической стороны подобные случаи характеризуются тем, что наряду с паралитическими изменениями обращает на себя внимание следующее разрежением тканей. От паралитических изменений сосудов картина отличается тем, что элементы эндотелия хотя также принимают участие в разрастании, но в меньшей степени: нет такого разбухания отдельных элементов, утолщение стенок сосуда идет больше за счет *mediae* и адвентиции, в которой преобладает гиперплазия волокнистой ткани. Все изменения носят более хронический характер. К особенностям этой формы нужно отнести частые кровоизлияния как микроскопического характера, так и более крупные, ведущие к стойким парезам, афазии и вообще очаговым симптомам. Со стороны нервных элементов преобладают более хронические изменения. Периваскулярная инфильтрация, хотя и носит вполне ти-

пический характер, бывает не так обильна. Можно думать, что склеротические изменения сосудов влияют определенным образом на паралитический процесс, придавая ему хронический характер. Поскольку кровеносные сосуды являются носителями и организованных возбудителей болезни и различных ядовитых продуктов, связанных с их жизнедеятельностью, постольку утолщение стенок может препятствовать поступлению их в нервную ткань. Утолщенные и не так легко проходимые стенки сосуда могут играть роль такого же фильтра, каким служат околосоудистые глиозные перепонки. Благодаря таким особенностям анатомической картины создаются благоприятные условия для того, чтобы весь процесс протекал менее активно. Этому соответствует длительное течение таких случаев, растягивающееся, как было в наших наблюдениях, на 8, 12 и даже 15 лет. Артериосклероз при анатомическом исследовании во всех этих случаях не был результатом только более позднего возраста, в котором наступала смерть, и большой продолжительности болезни. Из анализа клинических данных можно было убедиться, что артериосклероз здесь был очень ранним симптомом и выступал ясно в возрасте, совсем необычном для артериосклероза, — 30—35 лет.

Сущность процесса при прогрессивном параличе (позднем сифилитическом заболевании мозга) и отношение его к сифилису мозга

Современные поколения врачей воспитаны на учении, что прогрессивный паралич, как и сухотка спинного мозга, представляет заболевание, отличающееся по существу от сифилиса мозга, хотя и стоящее в связи с сифилисом. По выражению Фурнье, создавшего концепцию о парасифилисе, соответствующую метасифилису Мебиуса и послесифилитическому заболеванию (*Nachsyphilis*) Штрюмпеля, прогрессивный паралич — сифилитического происхождения, но не сифилитической природы. Это учение в свою очередь унаследовано от предыдущих поколений и несомненно вошло в плоть и кровь всех врачей. На этой точке зрения стояли все крупные авторитеты психиатрии и в частности патологоанатомы Ниссель, Альцгеймер, а также Н. Нонне. Но теперь как раз приходится считать учение о метасифилисе пошатнувшимся в своем основании. Новым фактом, заставляющим иначе смотреть на сущность паралича, было открытие при нем шаудиновских спирохет, и притом в смысле более регулярного присутствия их в большом количестве; это сделалось возможным с помощью нового метода импрегнации Янеля. На основании первоначальных исследований можно было считать доказанным их присутствие только в нервной паренхиме, но затем оказалось, что они в большом количестве могут быть и в оболочках, и в окружности сосудов, и в самих стенках (рис. 93). Их констатировали не только в мозгу, но и в других органах. Присутствие спирохет доказано и в случаях юношеской формы паралича. Спирохеты в стенках сосудов — вообще довольно обычное явление. Спирохеты доказали их присутствие здесь при сифилисе мелких сосудов.

Естественно, что ввиду этих новых фактов, говорящих о присутствии спирохет при прогрессивном параличе приблизительно с таким же постоянством, как и при сифилисе мозга, трудно говорить о принципиальном отличии обоих заболеваний и во всяком случае приходится пересмотреть все те основания, на которых такое разграничение производилось раньше. Одним из признаков считалось более раннее развитие явлений при сифилисе мозга и более позднее при параличе. Эта разница все более стуживается. Прежде всего возможно развитие полной картины прогрессивного паралича вскоре после заражения. Но самое главное, приходится иначе смотреть на вопрос, какие именно изменения нужно считать начальными для прогресс-

сивного паралича. Серологические исследования показывают, что при вторичном сифилисе спинномозговая жидкость в 80% бывает измененной. Из таких случаев, когда в спинномозговой жидкости оказываются плеоцитоз и другие изменения, в дальнейшем под влиянием лечения или без него спинномозговая жидкость приобретает иногда нормальные свойства, но остается известная группа, где эти изменения держатся прочно, причем к ним в дальнейшем присоединяются и другие симптомы, уже несомненно указывающие на начало паралича. Когда считать начало болезни в таких случаях? Плеоцитоз может считаться самым ранним симптомом болезни, причем долгое время может оставаться единственным признаком. По исследованиям целого ряда авторов прогрессивный паралич преимущественно развивается у субъектов с такой ранней реакцией со стороны спинномозговой жидкости. При таких условиях нет никаких оснований началом болезни считать только период ясного обнаружения обычных клинических явлений. Изменения, имеющие тесное отношение к его существованию, начинаются значительно раньше, именно—могут быть обнаружены уже во вторичном периоде.



Рис. 93. Спирохеты в коре паралитика.

С анатомической стороны также нет основания говорить о параличе как о чем-то совершенно ином сравнительно с сифилисом мозга. Естественно поэтому стремление некоторых авторов не употреблять совсем терминов «метасифилис», «парасифилис», «прогрессивный паралич помешанных», а заменить их одним названием—позднее сифилитическое заболевание мозга. Приходится считать, что прогрессивный паралич—это диффузный сифилис мозга со своеобразной локализацией и течением. Но все же нельзя сказать, что можно считать разрешенными все вопросы, касающиеся генеза паралича. Может быть вопросов стало не меньше, только теперь они должны иначе ставиться. Почему в части случаев заражение дает только местные изменения, не обнаруживающие тенденции к прогрессированию, почему в других случаях процесс неудержимо ведет к глубокой и диффузной дегенерации и кончается гибелью? В известном смысле и теперь можно проводить отличие между сифилисом и прогрессивным параличом. В первом случае процесс ограничивается преимущественно оболочками и сосудами, где концентрируются и спирохеты, а при параличе происходит диссеминация спирохет в паренхиме, и нервные элементы изменяются очень глубоко. Штейнер думает, что при сифилисе мозга в отличие от паралича процесс протекает параневрально, т. е. в оболочках и сосудах, рядом с нервной системой, которая страдает только вторично.

Почему в одних случаях специфическое заражение приводит только к соматическим поражениям, в других—к мозговому сифилису, в третьих—к прогрессивному параличу, остается неясным. Несомненно приходится считаться до известной степени с невротропизмом спирохеты. Об этом в особенности говорят те случаи, когда заражение из одного источника приводило целый ряд лиц к заболеванию параличом и сухоткой. За то же говорят нередкие случаи заболевания параличом одновременно мужа и жены. Но еще более несомненно, что необходимы какие-то особые условия со стороны самого организма. Имеет значение и наследственное отягощение. По данным Перне и Кальба у паралитиков оно вообще вдвое больше, чем в населении вообще. Имеет значение при этом и характер этого отягощения: в семьях паралитиков наблюдаются главным образом заболевания с характером сла-

боумия. Это говорит о возможности врожденной предрасположенности мозга к тому, чтобы специфическое заражение дало именно мозговой процесс. В этом смысле в особенности должны быть истолкованы случаи паралича у ряда кровных родственников, на основании которых Кальб прямо говорит о семейном предрасположении к параличу. Некоторые исследования заставляют думать, что у людей, болеющих параличом, ослаблена способность вырабатывания антител. Предрасположение к заболеванию параличом повидимому может быть повышено какими-либо моментами в личной жизни—инфекциями, алкоголизмом, большим физическим и умственным напряжением, травмами головы. На основании опыта последней войны, не давшей несмотря на все ее тяготы, включая и последующие эпидемии, увеличения общей заболеваемости параличом, Бонгеффер и Бумке не склонны придавать значение этим моментам, но это едва ли справедливо.

Не в пользу такого утверждения говорят все прежние статистики, касающиеся связи паралича с профессией, образом жизни и добавочными моментами (алкоголизм). Что общее понижение жизнедеятельности организма безразлично для заболевания параличом, видно из данных Менгендорфера о связи продолжительности инкубации с возрастом. Им подмечен нашедший себе подтверждение ■ у других исследователей факт, что чем старше субъект, заразившийся сифилисом, тем короче у него скрытый период от момента заражения до начала паралича. Тот же смысл имеет факт более быстрого наступления летального исхода в позднем возрасте.

Вильманс, строя свои предположения о сущности паралича, исходил из наблюдений, сделанных довольно давно, что при большом распространении сифилиса среди некоторых диких народов и малокультурных народностей прогрессивный паралич сравнительно редок. Отсюда вывод, что культурная жизнь несет с собой какие-то условия, благоприятствующие развитию паралича. Что здесь играет значительную роль большое умственное напряжение, более волнующий темп жизни, алкоголизм и иные излишества, было ясно и прежним исследователям. Но теперь стараются найти какие-либо определенные моменты, делающие понятным преобладание паралича у культурных народов и более культурных слоев населения. Гертнер и Вильманс видят этот момент в факте специфического лечения ртутью ■ сальварсаном, ослабляющего защитные силы организма. Дарашкевич высказал предположение, что развитию паралича способствуют предохранительные прививки оспенной вакцины, обязательные ■ культурных странах. Едва ли это предположение справедливо. Несомненны многочисленные случаи, доказывающие возможность развития паралича у лиц, никогда не прививавших себе оспу. Что касается недостаточности лечения, то едва ли она может иметь такое исключительное значение. Если прогрессивный паралич реже встречается у малокультурных народов, то это относится главным образом к жителям Бразилии, Африки и другим народам жарких стран. У различных некультурных народностей Севера при большом распространении сифилиса не представляет редкости и прогрессивный паралич. Видимо играют роль постоянная теплота кожи, повышенная потливость, более энергичный обмен веществ, дающий большую возможность бороться с проникшими в организм спирохетами. Если сифилис благодаря этим условиям лучше протекает, то больше шансов, что дело ограничится симптомами начальных стадий и не дойдет до поздних форм, к каким нужно отнести паралич помешанных. С этим может быть следует сопоставить факт сравнительной успешности лечения сифилиса методом, распространенным в старое время,—декоктами и сарсапарилью, который вел к нагреванию организма и усиленному потению. Но несомненно имеют значение и расовые отличия, так как среди различных народностей, живущих в одних и тех же климатических условиях, частота паралича может быть очень различна, причем это относится не только к жарким странам.

Профилактика и лечение невросифилиса

Так как сифилитическое заражение представляет *conditio sine qua non* для развития паралича помешанных, то профилактика последнего совпадает до известной степени с профилактикой сифилиса, и все, что говорилось в общей части о предупреждении заражения

сифилисом, имеет прямое отношение к профилактике паралича. В особенности большое значение должны иметь все меры, способствующие распространению точных сведений относительно сущности сифилиса, способов заражения им, мер, необходимых для того, чтобы избежать такого заражения, главным образом изменения быта, в котором очень много условий, ведущих к частому внеполовому заражению. Если инфекция уже произошла, очень много можно сделать для того, чтобы она не привела к тяжелым явлениям позднего сифилиса. Прежде всего здесь нужно поставить систематическое лечение, достаточно энергичное и повторяемое в течение долгого времени под контролем исследования крови и спинномозговой жидкости. Чрезвычайно важно было бы, чтобы все случаи инфекции с самого начала получили правильную оценку и брались на учет вендиспансеров или других каких-либо учреждений. В данном случае особенно большое значение имеет, что параличом очень часто заболевают те больные, у которых проявления сифилиса как раз были мало выражены, иногда даже настолько незначительны, что были просмотрены. Естественно, что в большей части этих случаев или совсем не было лечения, или оно было крайне недостаточно; чтобы не заболеть прогрессивным параличом и сухоткой спинного мозга, сифилитик должен лечиться в течение ряда лет настолько энергично, чтобы не только не было никаких проявлений болезни, ни субъективных ни объективных, но и исследование спинномозговой жидкости всегда давало отрицательные результаты. Сифилитик, даже если его можно считать вылеченным, всю свою жизнь должен быть под контролем, причем возвращение р. В. в крови и жидкости, равно как появление плеоцитоза и глобулиновых реакций, должно считаться указанием на необходимость специфического лечения. Вместе с тем нужно помнить, что сифилитик всегда является угрозимым, даже если он лечился с той полнотой и систематичностью, каких только можно требовать при современном состоянии знакомства с патологией сифилиса. По статистике различных исследователей 4% всех сифилитиков делаются впоследствии паралитиками или табиками, причем это относится не только к больным, плохо или совсем не лечившимся, но и к таким, которые лечились во всех отношениях безупречно. Это делает необходимым сугубую заботливость в смысле устранения из жизни и работы сифилитика всего того, что способствует развитию паралича: большого физического и умственного напряжения, различного рода излишеств и прежде всего алкоголизма. При всем том врачи не могут похвалиться, что в их руках имеются надежные и наверняка действующие средства предупреждения паралича. При самом тщательном лечении и самом заботливом оберегании больного от вредных моментов нельзя считать его гарантированным от развития паралича. Это лучше всего говорит о том, что помимо наследственности и может быть особенной диспозиции мозга имеются еще иные условия, которые пока остаются неизвестными.

Что касается собственно лечения, то успешность его главным образом зависит от времени распознавания. Чем раньше выяснен истинный характер болезни и чем больше в картине болезни симптомов раздражения, а не разрушения нервных центров, тем больше

шансов
ремисси
нужно
различ
которо
лечение
быть т
с одно
и подом
ных сл
лечение
случая
теперь
серолог
кости,
Если
зрения
тивных
щих см
на реак
имущес
ского л
стираю
и при л
врач не
и некот
вестись
все же
другого
изменен
более б
применя
шить, ч
имущес
полезен
расстро
при заб
тров пр
вает вн
bichlor.
кожу и
втирани
5 г на в
заболева
тали рт
ния ре
лечение
последн
препара
время.
в состав
31 Психи

шансов если не на выздоровление, то на более или менее глубокую ремиссию. Основным в лечении различных форм невросифилиса нужно считать, что теперь не приходится делать такого глубокого различия между ранним и поздним заболеванием (паралич и сухотка), которое проводилось раньше, когда считали, что специфическое лечение при так называемом метасифилисе противопоказано. Может быть такой взгляд имел свои основания в прежнее время, когда, с одной стороны, лечебные средства ограничивались только ртутью и иодом и, с другой—умели ставить диагноз только в резко выраженных случаях. И теперь остается справедливым, что специфическое лечение не только не приносит особенной пользы в запущенных случаях, но может оказаться даже вредным. Но в руках врачей теперь имеются такие ценные диагностические средства, как р. В., серологическое и цитологическое исследования спинномозговой жидкости, что возможно очень раннее и точное распознавание болезни. Если паралич помешанных рассматривается не с прежней точки зрения, как что-то законченное и стойкое, зависящее от деструктивных изменений, а под углом зрения новых данных, заставляющих смотреть на характерные для него психические явления как на реакцию психики в ответ на изменения в нервной системе преимущественно с характером раздражения, то запрет со специфического лечения должен быть снят. В этом отношении, как и в других, стираются границы между различными формами невросифилиса, и при лечении паралича, как и сифилиса мозга в собственном смысле, врач не может обойтись без иода, ртути, сальварсана, биохинола и некоторых других средств. При сифилисе мозга лечение может вестись более энергично и смело, тогда как при параличе требуется все же известная осторожность. Что касается выбора того или другого средства, то здесь имеет значение характер наблюдаемых изменений, их тяжесть, давность болезни. Сальварсан действует более быстро, почему в совсем свежих случаях сифилиса может применяться для abortивного лечения. Если есть основания спешить, чтобы скорее получить успех от лечения, значительные преимущества имеются за сальварсаном. Он ■ особенности может быть полезен при поражении наиболее важных органов или центров, расстройства которых могут быть опасны для жизни, например при заболеваниях глаз, грозящих слепотой, при поражениях центров продолговатого мозга. В более хронических случаях заслуживает внимания и ртуть, будут ли то впрыскивания сулемы (*Hydr. bichlor. corrosivi, Natrii chlorati aa 0,3, Aq. destill. 15,0* по 1 г под кожу или в мышцы ягодицы, 12—15 впрыскиваний на курс) или втирания серой мази (*Ung. hydr. cinerei cum resorbino par.* от 2 до 5 г на втирание, ежедневно в течение месяца). При сифилитических заболеваниях нервной системы старые врачи наиболее ценным считали ртутные втирания, как особенно пригодные для предупреждения рецидивов. При ослаблении питания полезным оказывается лечение комбинированными препаратами ртути и мышьяка. За последние годы рекомендуют для лечения сифилиса нервной системы препараты висмута—средство, которое применялось еще в старое время. Из препаратов его особенно часто применяется биохинол, в состав которого входит также иод. Препарат отпускается в фла-

конах и применяется в виде внутримышечных впрыскиваний по 2,0, всего 15 впрыскиваний. Те же средства с большей или меньшей пользой могут применяться и при лечении паралича. Не особенно большая успешность специфического лечения зависит не только от того, что лечение обычно начинается поздно, когда налицо имеются уже явления разрушения, но и от малой доступности нервной системы и всего субдурального пространства, в котором она находится, для лекарственных веществ, вводимых через кровь. Хотя функции так называемого гемато-энцефалического барьера при параличе бывают понижены, все эти лекарства, в частности ртуть и сальварсан, с трудом проникают в субдуральное пространство, почему и не проявляют того терапевтического эффекта, который сравнительно легко удается получить при заболевании других органов. Из этого затруднения пытались выйти самыми различными способами, в том числе и такими героическими, как трепанация черепа и промывание субдурального пространства раствором сулемы. Применяется иногда эндолумбальное введение сальварсана, раствор которого вводится в спинномозговой канал с помощью того же аппарата, которым выпускается 10—15 см³ жидкости, ■ непосредственно после этого выпускания, так что оба эти действия представляют два момента одной и той же операции. К этому же сводится метод, рекомендованный еще в довоенное время Свифтом и Эллисом и заключающийся в введении ■ спинномозговой канал 10 см³ сыворотки больных, леченных сальварсаном, после предварительного выпускания такого же или несколько меньшего количества спинномозговой жидкости.

Малая успешность специфического лечения вполне выраженных форм паралича была причиной исканий каких-либо других методов, могущих быть полезными при лечении этой тяжелой и все же большей частью остающейся совершенно неизлечимой болезни. В этих исканиях научная мысль шла различными путями. Обеднение организма фосфором привело к методу лечения лецитином, нуклеиновокислым натрием и другими аналогичными средствами. Одно время особенно часто применялось впрыскивание 2% раствора нуклеиновокислого натрия или 10% раствора нуклеиновой кислоты. Здесь, правда, действует не только фосфор как таковой, но имеет значение и парентеральное введение инородного белка. По существу это лечение вместе с подкожными впрыскиваниями молока, туберкулина (Alttuberculin Koch), нормальной лошадиной сыворотки относится к так называемой протеиновой терапии, стремящейся путем повышения температуры или раздражением костного мозга повысить защитные реакции организма. Известный эффект от этой Reizkörpertherapie можно видеть и при параличе.

В центре внимания в проблеме паралича в настоящее время однако стоит не протеиновая терапия, а так называемый г и п е р т е р м и ч е с к и й метод, комбинируемый часто со специфическим лечением. Он имеет свою длинную и сложную историю. Толчком к его возникновению и разработке послужили наблюдения старых психиатров, что различные случайные заболевания, сопровождающиеся повышением температуры, например рожа или нагноение, нередко дают в течении паралича более или менее выраженные ремиссии. Для

нас имеет значение, что еще в 80-х годах прошлого столетия одесский врач Розенблюм привил 10 душевнобольным возвратный тиф в надежде получить терапевтический эффект. Это был едва ли не самый первый опыт гипертермического лечения. В современном его виде последнее связано с именем венского психиатра Вагнера фон Яурега, отчасти с гамбургским психиатром Вейгандтом и гейдельбергским психиатром Штейнером. Вагнер разрабатывал свой метод в течение более 30 лет и к мысли о малярии пришел после того, как испытал ряд других способов, исходящих из принципов гипертермии и протеиновой терапии. Метод заключается в том, что паралитику прививается малярия *tertiana* путем впрыскивания под кожу или введения в вену 5 см³ крови или того количества сыворотки, которое может получиться из этой крови. В первом случае через 1—2 недели, во втором—обыкновенно уже через несколько дней начинаются приступы малярии. После того как больной проделает 10—12 приступов со значительным повышением температуры, малярию прерывают путем назначения препаратов хины, даваемых за 5—6 часов до начала приступа. Применяется обычно малярия *tertiana*, и притом берут свежие и по возможности нелеченные случаи. Это делается для того, чтобы скорее можно было купировать малярию, так как в старых случаях при наличии в крови гамет вылечить малярию бывает не так легко. Особенно избегают прививать тропическую малярию, которая может оказаться очень опасной и даже смертельной. Если приступа малярии не наступает, пробуют вызвать его электризацией области селезенки, введением маленьких провокационных доз хины или введением парентерально инородного белка (например стерильного молока). При безуспешности этих мер прививают малярию 2-й ■ 3-й раз. Вследствие затруднений, которые приходится испытывать при отыскании свежего и нелеченного случая определенного вида малярии, в психиатрических больницах пользуются обыкновенно прививкой крови от одного паралитика к другому. У Вагнера в Вене имеются малярийные штаммы, которые проделали более 100 пассажей, т. е. последовательно прошли более чем через 100 больных. Лечение не может считаться совершенно безопасным, почему прежде всего должны подбираться подходящие больные не только в смысле периода болезни, который должен быть возможно более ранним, но и в смысле возраста, отсутствия заболеваний сердца, сосудов и легких. Ослабление деятельности сердца во время приступа может быть настолько велико, что бывают неоднократные случаи смертельного исхода. Последний может наступить также в результате психического возбуждения с галлюцинациями и бредовыми идеями, которые развиваются в связи с приступом в некоторых, правда довольно редких, случаях. При должном учете противопоказаний в громадном большинстве случаев лечение удается благополучно довести до конца, и во всяком случае не следует преувеличивать опасность малярийного лечения, тем более что при угрожающей слабости сердечной деятельности оно почти всегда может быть прервано хинином. Нужно иметь в виду, что во время самой малярии может быть некоторое ухудшение как психического состояния, так и неврологических симптомов; оно однако является временным и не должно

смущать, так как само по себе не представляет никакой опасности.

Особое положение занимают сравнительно редкие случаи, которые впервые описал Герстман как своеобразное изменение клинической картины паралича под влиянием малярийного лечения; вместе с повышением температуры развивается состояние резко выраженного возбуждения с галлюцинациями и бредовыми идеями; при большой тяжести явлений дело может закончиться летально. В таких случаях показано купирование малярии. Ухудшение может наступить также в тех случаях, когда имеется где-нибудь местный воспалительный процесс, в особенности с нагноением, так как малярии свойственно вообще обострять местные изменения, и это относится не только к мозгу, но и другим органам. В одном случае гнойный процесс в ухе дал под влиянием малярии обострение, приведшее к смерти при явлениях *anginae Ludowici*. Были случаи выявления малярией скрытых инфекций, так что получалась смешанная инфекция с очень тяжелыми явлениями. Тщательное исследование во всех отношениях больного перед малярийным лечением может помочь свести до минимума число таких, в общем не частых, случаев.

Улучшение, если оно вообще наблюдается, становится заметно непосредственно после того, как больной оправляется от слабости, вызванной малярией. Чаще всего оно развивается в течение ближайших 2—3 месяцев, но иногда обнаруживается значительно позднее. Результаты малярийного лечения расцениваются не одинаково различными исследователями, что объясняется неодинаковыми принципами, которыми руководствуются при выборе больных для лечения, и неодинаковым пониманием обозначений: «выздоровление», «глубокая или незначительная ремиссия». Что этот метод может принести пользу, не подлежит никакому сомнению. Целесообразно малярийную терапию комбинировать с последующим сальварсанным лечением. В психиатрической клинике II ММИ после малярии делается 6 обычных вливаний сальварсана по 0,6 с предварительным выпусканьем 10—15 см³ спинномозговой жидкости. В результате большого опыта ряда как заграничных, так и наших учреждений можно сказать, что если малярия и не вылечивает паралича, то повышает процент ремиссий, которые иногда бывают так глубоки и продолжительны, что граничат с полным выздоровлением. Рисунок 94 представляет результаты малярийного лечения паралича по данным психиатрической клиники II ММИ. Процент ремиссий при малярийном лечении значительно выше, чем без него. Из таблицы видно также, что ремиссии чаще бывают при маниакальной и ажитированной форме паралича, при которых они сравнительно нередко наступают и самопроизвольно. Глубина ремиссий не всегда бывает одинакова. Возможно вместе с исчезновением как будто бы всех болезненных явлений полное возвращение работоспособности, причем такая ремиссия может продолжаться ряд лет. Вагнер на съезде в Вене в 1927 г. демонстрировал 3 больных из числа 10 паралитиков, которым в 1917 г. была привита малярия и которые настолько поправились, что до последнего времени сохранили свою работоспособность. В настоящее время он располагает

случаями
такая ре
жается
Русские
начали
пертерми
почему н
пациенто
такой б
жительно
когда п
малярий
течение
ставляет
болезне
психике
в состо
свои пр
сти, не
редкост
в виду
в наиб
но око
чаях
о вызд
хическо
ясные
Физиче
относит
также
маляри
новить
начато
Ос
с карти
случае
есть из
прежне
Флека
в мину
в сужд
реакци
мечень
талант
шению
занных
Сл
на две
а в др
о сома
втором
наблю
того, ч
стадий
недоче

случаями, в которых такая ремиссия продолжается более 12 лет. Русские врачи позже начали применение гипертермического метода, почему не могут указать пациентов с ремиссиями такой большой продолжительности, но случаи, когда паралитик после малярийного лечения в течение 6—8 лет не представляет каких-либо болезненных явлений в психике и оказывается в состоянии выполнять свои прежние обязанности, не представляют редкости. Нужно иметь в виду однако, что даже в наиболее благоприятно окончившихся случаях нельзя говорить о выздоровлении. Внимательное исследование обнаруживает психическом функционировании те или другие недочеты, особенно ясные при сравнении с тем, что больной представлял в прошлом. Физические признаки вообще держатся более упорно, особенно это относится к зрачковым симптомам. На состояние р. В. малярия также обыкновенно не влияет. Схематически можно сказать, что малярия может дать исчезновение явлений раздражения и приостановить дальнейшее развитие болезни на той стадии, в которой начато лечение.

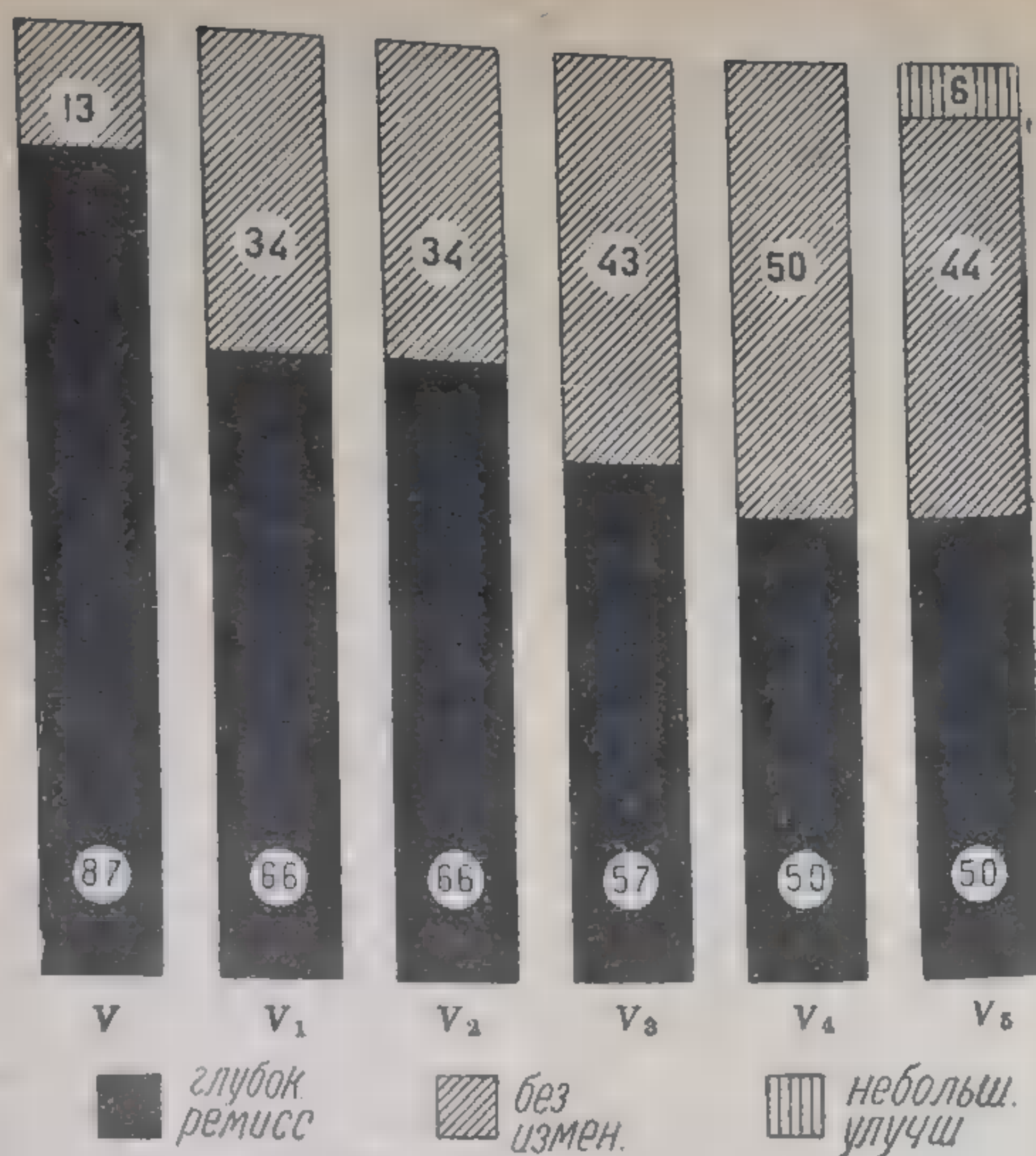


Рис. 94. V—экспансивная форма, V₁—депрессивная форма, V₂—циркулярная форма, V₃—неопределенная, V₄—параноидная, V₅—дементная.

Особенно тщательное описание психического состояния паралитиков с картиной ремиссии после малярийного лечения дано Пенитцом. В части случаев он считает возможным говорить о выздоровлении, так как если и есть изменения, то они очень ничтожны. Больные могут заниматься своей прежней работой и нести очень ответственный труд. Например один больной Флека продолжал заниматься стенографией и мог записывать до 350 слов в минуту. Таким больным нехватает все-таки инициативы, самостоятельности в суждениях, способности уйти от шаблонов, давать дифференцированную реакцию на внешние раздражения. Изменения этого рода могут быть подмечены в особенности у одаренных, отмеченных каким-либо специальным талантом. Практически такие больные могут считаться здоровыми. По отношению к ним Пенитц говорит о симптомах не дефекта, а о симптомах, связанных с рубцовыми изменениями.

Случаи собственно излечения с дефектом (defectgeheilt) Пенитц делит на две группы, в одной из которых акцент им ставится на слово «дефект», а в другом—на слово «излечен». В первом случае речь идет главным образом о соматическом улучшении, и больные должны оставаться в больнице, во втором случае они могут быть дома и заниматься своей профессией. У них наблюдается своеобразная картина слабоумия, отличающаяся от того, что считается характерным для паралича, в частности для начальных стадий. Специальное психологическое исследование обнаруживает некоторые недочеты, но больные сохранили свои школьные сведения и профессиональ-

ные навыки. Понижение высших способностей сказывается в ослаблении инициативы, например они очень склонны идти во всем на помочах у врача и предоставлять событиям идти своим путем, они всем довольны, ничего не желают, всегда хорошо настроены. Они в особенности способны к выполнению механической работы, и бывают случаи, когда в этом отношении после болезни ими бывали более довольны, чем раньше, но в результате все же — дефект, ясный для того, кто хорошо знал больного раньше. Про одного такого больного жена говорила: «Ему нехватает жизни, его нужно теперь понукать, и вообще он уже не настоящий мужчина».

Что малярия может устранить явления раздражения, зависящие от воспалительных изменений, в особенности видно на примере сухотки спинного мозга, при которой после такого лечения обычно смягчаются или совершенно исчезают стреляющие боли. Если после нескольких месяцев или лет ремиссии вновь наступает ухудшение, малярия может быть привита вторично, но с меньшим успехом.

Таковы же теоретические обоснования и результаты лечения паралича возвратным тифом — метода, особенно пропагандируемого гейдельбергским психиатром Штейнером. Технически его труднее проводить, так как ввиду опасности распространения инфекции приходится организовывать специальное заразное отделение в психиатрической больнице или переводить паралитиков в инфекционную больницу. После 1—2 приступов возвратного тифа делают вливание сальварсана. В последнее время для лечения паралича применяют заражение особой легко проникающей инфекцией — с о д о к у. Работа с ней требует лабораторной обстановки, так как прививать приходится не от человека к человеку, а от мыши, зараженной этой болезнью. Ее преимущества — более легкое течение инфекции, а потому меньшая опасность для больного. По той же причине, нужно думать, этот метод лечения сравнительно с малярией менее эффективен. П. Б. Посвянский в московской психиатрической больнице им. Кащенко получил от содоку хорошие результаты. Целесообразно, но в наших условиях затруднительно, так как вирус приходится получать из-за границы, применение так называемого африканского возвратного тифа, вызываемого спироной Дуттона, для сохранения которой и передачи больному пользуются белыми мышами. При этом вирус однако обычно очень ослабляется, и не всегда получается достаточное количество приступов с хорошим повышением температуры. Гипертермия применяется также в форме впрыскивания культур сапрофитных микробов, так называемых сапрофитана и перифера, дающих достаточное повышение температуры и притом не связанных с возможностью каких-либо осложнений. В конечном результате гипертермия представляет при лечении паралича ценный метод, который нельзя однако считать радикальным. Вопрос о коренном лечении этой болезни должен решаться вместе с проблемой патологии и терапии сифилиса вообще.

Симптоматическое лечение при параличе не представляет большой сложности. Инсульты не требуют каких-либо вмешательств кроме покойного положения и холодного компресса на голову. В случаях сильной гиперемии лица с продолжительной потерей сознания полезно кровопускание. При состоянии возбуждения полезны постельное лежание, ванны, препараты иода и брома, маленькие дозы снотворных. Для купирования приступов большого возбуждения может принести пользу подкожное впрыскивание морфия. В некоторых случаях возбуждение стихает после пункции с выпусканьем 10—15 см³ жидкости. Большое внимание приходится обращать на поддержание чистоты и элементарных правил гигиены. Особенно нужно заботиться о регулярных отправлениях кишечника и мочевого пузыря, водить больных через известные промежутки времени в уборную и сажать на судно. В качестве предупре-

дительно
Нужно
тичности
ные раст
все же
катетера
слабых
причем
из рук.
пролежн
и други
и при
и огоро
миссии
к преж
нужно
инвалид
При
должите

Б. И
ский ком
родился
скарлати
теру все
компани
чил 36 в
прежний
рого инт
занималс
газеты —
нием, оче
тер». 26
Бассерма
заботлив
3 лет, не
гии, сраз
на сильн
кой, пре
но уже
Москву
снова за
чивал св
у него
ком сост
нараста
на работ
статочн
на други
самооцен
Бол
жения,
в 1 мин
вый зра
резко п
с мелки
много я
тируется
нарушен

дательной меры против неопрятности полезны очистительные клизмы. Нужно помнить также, что у слабых паралитиков вследствие паретичности мускулатуры пузыря часто наблюдаются колоссальные растяжения его, причем несмотря на недержание мочи пузырь все же остается растянутым. В этих случаях нельзя обойтись без катетера. Большая заботливость требуется также при кормлении слабых паралитиков. Пища должна быть мягкой и размельченной, причем для того, чтобы больные не могли подавиться, их кормят из рук. Принимаются также все меры к тому, чтобы не развились пролежни и в случае их появления не образовалось нагноения и других осложнений. В периоде нерезко выраженного слабоумия и при достаточном сохранении физических сил полезны полевые и огородные работы, занятия в мастерских. При наступлении ремиссии требуется большая осторожность в разрешении приступить к прежним занятиям. Как бы ни была глубока ремиссия, все же нужно помнить, что мозг пациента является до известной степени инвалидным и без риска краха не может вынести большой нагрузки.

Приводим историю болезни одного случая, давшего очень продолжительную ремиссию.

Б. К., 32 лет, журналист, женат, имеет 1 ребенка, окончил Киевский коммерческий институт и юридический факультет в Москве. Больной родился слабым ребенком, в возрасте 3—6 лет перенес корь, дифтерит, скарлатину, воспаление легких, после скарлатины был перикардит. По характеру всегда живой, общительный, охотно и хорошо учился, любил веселую компанию, выпивал, имел случайные половые связи. 18 лет — сифилис; получил 36 втираний ртути, затем мало об этом беспокоился и продолжал вести прежний образ жизни. Окончив 2 высшие учебные заведения, он после некоторого интервала поступил юрисконсультантом в частную контору и одновременно занимался журналистикой; последние годы сотрудничал в редакции одной газеты — вел отдел профессионального движения. Всегда работал с увлечением, очень интенсивно, считался способным человеком, был «на все руки мастер». 26 лет женился, предварительно сделав себе исследование кропи; реакция Вассермана дала отрицательный результат. Семейным оказался хорошим, заботливым; у жены было 2 выкидыша — 1-м и 3-м ребенком, 2-й ребенок жив, 3 лет, нервный и слабый. В марте 1922 г. больной, всегда полный кипучей энергии, сразу стал вялым и индифферентным к семье и работе, начал жаловаться на сильную слабость, утомляемость, и, не справляясь со своей большой нагрузкой, прекратил работу в редакции, оставаясь еще юрисконсультантом в конторе, но уже в мае при нарастании этих явлений оставил и эту службу, уехал под Москву на дачу, где быстро поправился, окреп, стал живее и в августе взялся снова за свои прежние занятия, работал очень интенсивно, сильно расстраивал свое психофизическое здоровье, мало отдыхал, ел кое-как. 28/IX 1923 г. у него в редакции сразу закружилась голова, ослаб, было сердцебиение. В таком состоянии его привезли домой, где 2 дня он пролежал в постели, затем стало нарастать речевое и двигательное возбуждение, вскакивал, порывался идти на работу, появилась большая говорливость, причем слова произносил недостаточно отчетливо; вскоре речь стала несвязной, перескакивал с одной темы на другую, строил различные комбинации и планы, наблюдалась повышенная самооценка. В таком состоянии был доставлен в клинику.

Больной маленького роста, худощав, бледен, астенического телосложения, со слабо выраженной мускулатурой, пульс учащен: 100—110 ударов в 1 минуту, очень лабилен, правая носогубная складка слегка сглажена; правый зрачок уже левого, на свет с обеих сторон реакция совсем отсутствует, резко повышены все сухожильные рефлексы, толчкообразный тремор языка с мелкими фибриллярными подергиваниями, симптом Ромберга. Сон плохой, много ярких калейдоскопических снов. Больной не всегда отчетливо ориентируется в месте, иногда считает, что он дома; во времени тоже ориентировка нарушена, год называет 1902, заболел он 3 дня назад от переутомления; чрез-

вычайно говорлив, эйфоричен, самооценка повышена, бурное проявление аффектов; критического отношения к своей болезни нет, полагает, что он нервно-больной, следит за своим пульсом, причем считает его по стенным часам, суетлив, большое двигательное возбуждение — то собирается ехать в редакцию, то в сперетку, хочет писать большую статью; ярко выраженный бред величия: себя считает крупным дельцом, приятелем всех комиссаров, требует разговора с ними по телефону, хочет вызвать автомобиль для отъезда в различные учреждения для выполнения своих коммерческих дел, оперирует миллионами, сотнями миллиардов.

Память резко расстроена, не может припомнить самых важных событий как из своей личной жизни, так и из общественной, путает даты, не запоминает имен окружающих, часто переспрашивает по нескольку раз одно и то же.

Давление спинномозговой жидкости повышено, и все реакции резко положительны; плеоцитоз — 68 клеток в 1 мм³. Больному был проведен курс лечения инъекциями молока и неосальварсана с предварительным выпуском спинномозговой жидкости до 20—30 см³, причем каждый раз после пункции наступало заметное успокоение; постепенно он стал менее возбужден, правильно расценивал свое состояние. Был выписан и некоторое время достаточно справлялся с работой, затем начались небольшие перебои, часто менялось настроение, бывал взвинчен, плохо спал 28 мая 1925 г. ему была привита *malaria tertiana*, 6 июня у него начались приступы; всего их проведено было 10; больной каждый раз переносил их с большими жалобами на дурное самочувствие, был раздражителен, придирчив, требователен, опасался за свое сердце, предлагал «на всякий случай» сделать инъекцию камфоры, часто во время повышения температуры ему казалось, что ноги его грызут какие-то насекомые, зверьки; на высоте 8-го приступа наблюдались зрительные галлюцинации — видел, как к соседям по койкам приходили посторонние люди и ложились на их кровати. Почти все приступы сопровождались обильным потоотделением. Тяготясь все время больничной обстановкой, он выписался раньше намеченного срока и хинное лечение проделал дома; на инъекции неосальварсана согласия не дал, так как считал, что сердце его «не выдержит». Дома опасения постепенно сгладились, стал уравновешенным, мог лучше сосредоточиться и снова приступил к работе, которую выполнял хорошо; на этот раз старался беречь свои силы, и, находясь все время под клиническим контролем, выполнял все врачебные предписания. В третий раз был принят в клинику через год — исключительно для пункции. Первый статус остался прежний, со стороны психики были небольшая эйфория и быстрая истощаемость внимания.

Исследование спинномозговой жидкости дало прежнюю картину; но с уменьшением интенсивности глобулиновых реакций и снижением плеоцитоза до 26 клеток в 1 мм³.

С работой больной все последующее время (наблюдение велось до лета 1930 г.) вполне справлялся, изредка только бывали головные боли.

27. ДРУГИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рассеянный склероз

В настоящее время нозологическое положение рассеянного склероза остается не вполне ясным. Зиммерлинг открыл при нем особую спирохету. Штейнер высказывает мнение, что она тождественна с бледной спирохетой. Еще раньше Фишер указал на сходство рассеянного склероза с прогрессивным параличом в анатомическом отношении. Представляя по своему существу анатомический процесс, склероз en plaque должен сопровождаться и психическими изменениями. Они однако не всегда одинаково выражены и представляют по своему характеру довольно пеструю картину. В этом нет ничего удивительного, если принять во внимание, что количество отдельных очагов (бляшек) процесса и их локализация очень различны и что не всегда поражается кора полушарий. Общим для всех случаев является ослабление интеллекта; при исследовании по методу Россолимо больше всего оказываются пораженными психический тонус и высшие процессы, тогда как память страдает сравнительно мало. Характерным также нужно считать эмоциональную неустойчивость и иногда выраженную эйфорию. Довольно часто наблюдаются также своеобразные изменения всей психической лич-

ности, напоминающие картины инфантилизма, которые наблюдаются у молодых субъектов после инфекционных болезней, в особенности эпидемического энцефалита. Здесь, правда, нет свойственных метэнцефалическим психопатиям антисоциальных черт, но резко бросается в глаза инфантильность поведения, иногда с оттенком дурашливости, с склонностью употреблять уменьшительные, ласкательные имена. Например 25-летний милиционер по-детски радуется раскрашенным картинкам при экспериментально психологическом исследовании и при виде изображения ботинок заявляет: «У меня нет сапожек на ножках». Как и при других органических заболеваниях, нередко наблюдается насильственный смех или плач. Очень интересно отметить также частую склонность к истероидным явлениям. Иногда наблюдаются вполне выраженные истерические припадки, и притом в начале болезни, когда и неврологические симптомы не выражены еще с достаточной ясностью. По отношению к некоторым случаям можно думать, что в данном случае, как и в ряде других, мозговое заболевание создает физическую готовность для истерических реакций.

При инфекционной хоре, встречаемой чаще всего у детей и подростков, вместе с характерными клиническими судорогами, усиливающимися при волнении, наблюдаются и своеобразные психические изменения: неспособность сосредоточивать внимание, повышенная утомляемость, плохой сон, реже галлюцинаторные состояния с возбуждением, носящие характер особых психозов.

Чрезвычайно бурную картину представляют психические изменения при собачьем бешенстве. Они наступают через 2—3 недели, иногда через 1½—2 месяца после укуса бешеными животными, чаще всего собаками, иногда кошками, изредка волками. Появляются боли в разных местах, в особенности в области рубца, оставшегося после укуса; настроение делается подавленным, наблюдаются головокружение, тошнота, исчезает аппетит. Самое заболевание сопровождается повышением температуры, гиперестезией органов чувств, сухостью в горле; появляются спазмы дыхательной и глотательной мускулатуры, возникающие в особенности при попытках глотания; отсюда и другое название болезни—водобоязнь (гидрофобия). К этому присоединяются устрашающие галлюцинации и бредовые идеи, спутанность и очень большое возбуждение, причем появляются хореатические подергивания, судороги всего тела, расстройство речи, параличи, и через 3—4 дня наступает смерть. В головном мозгу наблюдаются изменения преимущественно воспалительного характера—инфильтрация периваскулярных пространств и самого вещества мозга лимфоцитами и плазматическими клетками, образование особых скоплений из клеток в виде узелков (*tubercula rabica*) и перерождение нервных элементов.

Ввиду того что терапия в данном случае бесполезна, все внимание нужно обратить на профилактику, которая тем больше имеет значения, что в СССР ежегодно бешеными собаками бывает искусано большое количество людей. Предупредительными мерами являются уничтожение беспризорных собак, регистрация всех собак, принадлежащих кому-либо, содержание их в намордниках. Чрезвычайно важно, что заражение может иметь место при укусе собакой, не обнаруживающей видимых признаков беспокойства и находящейся в периоде инкубации. Поэтому рекомендуют при укусе собакой или другим животным держать его под наблюдением в течение недели; если животное после этого срока оказывается здоровым, можно никаких дальнейших мер не принимать. При укусе животным, которое убежало и не может быть ни исследовано, ни подвергнуто наблюдению. Обязательны пастеровские прививки на одной из пастеровских станций, количество которых в СССР чрезвычайно велико.

Эпидемический энцефалит

Как показывает название, заболевание распространяется эпидемически. Нередко заболевают члены одной семьи, вспыхивает несколько случаев в одном доме и т. д. Эпидемии этого заболевания наблюдались повидимому и раньше, но массовый характер носила

эпидемия 1918—1920 гг. В этот период заболевание описано Экономом, почему и называется именем этого ученого.

Возбудитель эпидемического энцефалита не открыт. Отожествление его с возбудителем гриппа не подтвердилось. Вирус относится к фильтрующимся и распространяется через спинномозговую жидкость, в которой в начале заболевания наблюдаются определенные изменения. Входные ворота для инфекции повидимому те же, что при цереброспинальном менингите и полиомиелитах.

Введение спинномозговой жидкости больного эпидемическим энцефалитом в спинномозговой канал кролика вызывает у последнего заболевание, заканчивающееся смертью со сходными анатомическими изменениями в мозгу.

Эпидемический энцефалит не сопровождается сколько-нибудь типичной картиной психоза. Значительное число случаев протекает вообще без резких патологических явлений со стороны психики как в начале заболевания, так и в его исходных состояниях. Но в огромной массе случаев заболевание ведет к различным изменениям в характере и течении психических процессов как у детей, так и у взрослых—вплоть до психической инвалидности личности или ее асоциальности. Помимо вытекающего отсюда очевидного клинического значения эпидемический энцефалит представляет для психиатрии огромную теоретическую ценность. Именно это заболевание с его определенной локализацией и доступной в современных условиях изучения патологоанатомической картиной помогло подойти ближе к разрешению ряда проблем и дало ключ к пониманию многих спорных в психиатрии и неврологии явлений. Например только со времени массовых заболеваний эпидемическим энцефалитом более отчетливо выявились роль подкорковой зоны и ее взаимоотношения с другими отделами центральной нервной системы.

Учение о локализациях в мозгу получило значительные сдвиги. Понятие о «функциональном» и «органическом» подверглось радикальному пересмотру; такого рода «функциональные» расстройства, как невротические тики, тремор, хорей и т. д., представились в ином освещении как выявление скрытой подкорковой недостаточности; своеобразные психопатические изменения характера главным образом в детском возрасте в результате перенесенного эпидемического энцефалита дали новую установку в оценке психопатий вообще. И особенно богатый материал дал эпидемический энцефалит для изучения моторики.

Для заболевания эпидемическим энцефалитом наследственность видимо не имеет большого значения. Тяжелые формы наблюдались у лиц, совершенно неотягощенных ■ наследственным отношением и индивидуально крепких и здоровых. Патологические конституциональные особенности личности безразличны и по многим авторам часто выявляются энцефалитом, который в этих случаях играет роль провоцирующего фактора. Но это положение не имеет абсолютного значения (например в наблюдениях Лефлера у отягощенного шизофренией—никаких признаков этой болезни в течение энцефалита; в другом случае у типичного шизоида заболевание протекает с картиной истерии). Наиболее подверженным заболеванию является молодой возраст. В младенческом возрасте

и у стариков заболевание наблюдается редко. Что касается пола, то в этом отношении не наблюдается различий ни по течению заболевания ни в смысле частоты.

Ослабляющие моменты—переутомление, напряжение, голодание и даже психические травмы—повидимому не лишены значения, так как нередко фигурируют в анамнезе энцефалитиков перед вспышкой болезни.

Локализация болезненного процесса весьма типична: он разыгрывается в межуточном мозгу с преимущественным поражением *s. striati, s. nigrae Soemeringi*, затем—*thalami* и прилежащих отделов.

Началу заболевания обычно предшествует короткий период предвестников: недомогание, головная боль, тяжесть век, шум в ушах, невралгические, иногда очень резкие боли в мышцах, особенно затылка и плеч. Наблюдаются изменчивость настроения, гипохондричность, легкие истерические явления, чувство усталости. Реже заболевание начинается внезапно, среди полного здоровья, большей частью острой головной болью со рвотой, быстро развивающимися хореатическими и другими гиперкинетическими явлениями; или же появляются судороги, расстройство сознания, спутанность с возбуждением, бредом, галлюцинациями и страхами. В единичных случаях развивается состояние, совершенно сходное со *status epilepticus*, и больные через короткое время погибают.

Наряду с остро начинающимися и бурно протекающими формами наблюдаются такие, где начало заболевания проходит незамеченным (абортивные формы). Диагноз ставится много спустя, ретроспективно, по клинической картине, типичной для исходных состояний эпидемического энцефалита. При этом больные и их близкие совершенно не могут локализовать во времени начало болезни или же могут указать отдельные расстройства, которым они в свое время не придавали серьезного значения (чаще всего диплопия и бессонница).

Иногда начало заболевания напоминает грипп. Это и дало повод к сближению эпидемического энцефалита с энцефалитами после гриппа. Заболевание обычно вначале сопровождается повышением температуры в пределах $37,5-38,5^{\circ}$, редко выше.

Первая вспышка заканчивается постепенным падением температуры. В дальнейшем повторные вспышки сопровождаются большей частью очень небольшим повышением температуры.

Наиболее важным и постоянным для эпидемического энцефалита симптомом является расстройство сна, которое фигурирует и в исходных состояниях.

В некоторых случаях упорная бессонница долго остается доминирующим, а иногда и единственным признаком начавшегося заболевания. Больные спят днем и совершенно теряют способность ко сну ночью, лежат с широко открытыми глазами, не испытывая ни малейшей потребности или склонности ко сну. Но особенно характерным для эпидемического энцефалита является развитие особой сонливости, переходящей в настоящую спячку, напоминающую отчасти летаргический сон (отсюда название: «летаргический», или «сонный», энцефалит). Это расстройство по наблюдениям большинства авторов встречается не чаще, чем потеря способности засыпать, но имеет важное диагностическое значение. Больные засыпают

в любом положении. Лишь на короткое время их можно вывести из этого состояния,—и тотчас же они снова засыпают. Если их не кормить, сами они не в силах об этом позаботиться. Физиологические процессы при этом слегка замедлены, спячка длится по нескольку суток, иногда недель. По миновании острого периода, при так называемом «волнообразном» течении энцефалита, сонливость появляется всякий раз в период ухудшения, по большей части не в такой резкой степени, как при начале заболевания.

Очень типично для эпидемического энцефалита нарушение нормальной смены сна и бодрствования, извращение обычного порядка: сонливость днем, бессонница или беспокойство ночью. Уже к вечеру больные освобождаются от сонливого состояния, оживляются, начинают больше говорить, двигаться. Даже в случаях с двигательной скованностью больные по ночам несколько растормаживаются.

Ночью нередко, особенно в острой стадии, развивается двигательное беспокойство, достигающее до значительного возбуждения. При этом часто появляются галлюцинации, легкая спутанность, страхи, иногда эйфория—состояния, напоминающие маниакальные. Но возбуждение обычно непродуктивно, нет стремления к деятельности, движения обильны, но носят механический характер.

При ночном беспокойстве обычно усиливаются имеющиеся в запятке гиперкинезы; подергивания, тремор, хорейформные движения. Резче выступают и вегетативные расстройства, например расстройство дыхания и др.

Уже в самом начале заболевания появляются органические расстройства. Ввиду сходства психических картин при энцефалите с некоторыми видами душевных заболеваний (депрессивные формы, инфекционные и алкогольные делирии и особенно шизофрения) эти признаки имеют важное диагностическое значение. Они выступают с различной интенсивностью то в виде серии симптомов то единично.

К наиболее ранним относятся так называемые «глазные симптомы», чаще всего диплопия. Наблюдаются параличи и парезы в различных мышцах, часто—птозис, спазм аккомодации, слабость конвергенции, косоглазие, нередко—нистагм. Зрачки расширены, иногда наблюдается анизокория, реакция на свет понижена до полной рефлексорной неподвижности в отдельных случаях. Часто уже в остром периоде болезни намечаются признаки изменения мышечного тонуса, начало акинезий. Тонкая мимическая игра в лице исчезает; лицо начинает приобретать характерное застывшее выражение (рис. 95); наблюдается редкое мигание, устремленный взгляд; содружественность автоматических движений нарушается. Например отсутствие качательных движений руками при ходьбе относится к довольно ранним симптомам. Наблюдается невозможность быстрого переключения движений (пронация и супинация, сгибание—разгибание, так называемый адиадохокинезис). Иногда появляются судорожное подергивание век при их медленном закрывании (феномен Розенбаха) и судорожное мигание при поднесении близко к открытым глазам вытянутых пальцев (феномен Зильбарласта). Коленные рефлексy большей частью повыша-

ются, но при некоторых формах (особенно коматозно-эпилептических) они исчезают. Брюшные большей частью отсутствуют, рефлексы со склеры и конъюнктивы сохранены.

Легкие паретические явления в веточках лицевого нерва наблюдаются также, но не часто.

Пирамидных симптомов как правило не бывает. Иногда наблюдается дорсальная флексия большого пальца, но большей частью удается убедиться, что она носит судорожный характер и встречается вместе с другими явлениями этого порядка. Со стороны чувствительности нередко наблюдается гиперестезия.

Одним из ранних физических признаков болезни является изменение спинномозговой жидкости. Давление в спинномозговом канале некоторое время повышено, в жидкости увеличение белка, положительная реакция Нонне-Аппельта, лимфоцитоз. Последний никогда не достигает величин, наблюдающихся при сифилисе и эпидемическом менингите, что важно для раннего диагноза. Количество клеток в 1 мм^3 —26—20. Вассермановская реакция ■ спинномоз-

говой жидкости (если нет сопутствующего специфического заболевания)—отрицательна. Иногда наблюдается повышенное содержание сахара в спинномозговой жидкости, количество сахара ■ крови также повышается. Иногда появляется сахар в моче. Эндокринные расстройства характерны главным образом для исходных состояний.

Вегетативные расстройства при эпидемическом энцефалите наблюдаются и в остром периоде, но сложный вегетативный синдром развивается главным образом параллельно с полной картиной болезни.

Очевидно болезненным процессом нарушается нормальная деятельность заложенных в промежуточном мозгу вегетативных центров.

В некоторых случаях с начала болезни наблюдается резкое похудение. Реже развивается общее ожирение. Усиливается секреция слюнных желез; кожа больных имеет характерный лоснящийся вид. Изменяется слезная секреция, усиливается потение, появляется обильная саливация. Пульс нередко остается учащенным и после падения температуры. Появляются вазомоторные расстройства, иногда асимметричные; развивается легкая сердечная аритмия. В даль-



Рис. 95. Поза ■ лицо больной с энцефалитическим паркинсонизмом.

нейшем нарушается солевой обмен, водный и сахарный. Описан ряд трофических расстройств общего и местного характера: фурункулы, различные сыпи, выпадение волос, ломкость костей.

Со стороны психики у взрослых и в острой стадии и в исходных состояниях энцефалита наблюдаются не менее серьезные расстройства, чем в детском возрасте.

Французскими авторами описаны и для взрослых изменения характера с психопатическим уклоном, как это наблюдается преимущественно в детском возрасте. Но это касается главным образом молодых субъектов, и чем моложе возраст, тем сдвиги значительнее. В более зрелом возрасте (старше 25 лет) резкие изменения личности сравнительно редки, но все же встречаются. Возможно развитие на этой почве склонности к таким правонарушениям, как воровство и оскорбление действием. В остром периоде болезни, когда еще не может быть речи о стойких изменениях в центральной системе, но имеют место явления острого токсикоза, изменения кровообращения и внутричерепного давления, психические расстройства должны иметь некоторые особенности по сравнению с далеко зашедшими случаями. Накопление в острой стадии делириозных форм является вполне понятным. При этом наблюдаются:

1. Делириозные состояния, ближе всего стоящие к инфекционным делириям. Иногда делирии напоминают алкогольные: видение мелких насекомых, эйфорическое настроение, юмор. При сочетании с тремором состояние чрезвычайно сходно с белой горячкой. Делириозные состояния обычно комбинируются с различными гиперкинезами. Зрительные галлюцинации часто оказываются движущимися.

2. Формы, где на первом плане — изменение настроения то в виде депрессивных состояний с вялостью, ипохондрическими жалобами, истероидными явлениями, иногда мыслями о самоубийстве, то с картиной, напоминающей гипоманиакальные состояния. В этих последних превалирует гипертимическое поведение без стремления к деятельности. Легкое, обычно непродуктивное возбуждение. Наблюдаются гиперкинезы.

3. Неблагоприятно протекающие формы с оглушенностью, судорожными явлениями или с острым бредом и быстрым летальным исходом.

4. Формы с акинезиями: рано появляются скованность, затруднение осмысления, апатия и вялость, каталепсия, не наблюдается обычно спячки.

5. В некоторых случаях развивается бред. Бред обыкновенно связан с изменением органических ощущений — катестетический по терминологии психиатрической клиники II ММИ. Характерный случай этого рода описан Р. С. Повицкой. Можно выделять вообще как особую группу метэнцефалитические психозы, представляющие иногда большое сходство с параноидной формой шизофрении.

Первая острая вспышка болезни обычно заканчивается падением температуры и смягчением болезненных расстройств с полным исчезновением некоторых из них. Больные чувствуют себя нередко выздоровевшими и даже возвращаются к прежнему образу жизни.

Однако
ется. Забо
станием бо

Психич
с глубокими
нических ф
стройства,
вольного п
ее главнот
психическ
кинсониче
Совершенство
стройства
отделах по

Но по
ности цент
ная роль
примитивн
представит
стве, и раз
энцефалит

В исхо
ров выдел
и гипе
кроме того

1. Слу
вышенной
хондричес
Отдельные
развивают

2. Слу
субъектов
наклонно

Гипер
дается пр
рующего
и беспор

Псих
ным обра
вых и а
легкие, р

Наиб
чается в
тонуса с

В ре
доходяще
стоянии
могут за
большому

При
при по
В перво

Вследст
Больные

В к
неожидан
больные
мление
ных. На
играют
извне по
скованн

Однако болезненный процесс медленно, но неукоснительно развивается. Заболевание переходит в хроническое с постепенным нарастанием болезненных расстройств.

Психические расстройства у энцефалитиков стоят в теснейшей связи с глубокими нарушениями некоторых важных для психической жизни органических функций. Огромное значение в этом смысле имеют моторные расстройства, главным образом так называемые акинезии. Выключение произвольного пользования моторным аппаратом лишает психику этих больных ее главного выразительного средства. Таким образом складывается сомато-психический синдром, известный под названием амиостатического или паркинсонического, связанного главным образом с заболеваниями *pallidi*. Совершенно другой отпечаток на психику накладывают органические расстройства с характером гиперкинезий, связанных с нарушениями в других отделах полосатого тела.

Но помимо регулирующей и управляющей роли для моторной деятельности центрам межуточного мозга в настоящее время приписывается огромная роль в генезе влечений и эмоций. В межуточном мозгу видят центр примитивной психической жизни. Учитывая роль межуточного мозга, легче представить сложность механизмов, участвующих в том или ином расстройстве, и разнообразие этих последних в исходных состояниях эпидемического энцефалита.

В исходных состояниях эпидемического энцефалита большинство авторов выделяет две формы—гипокинетическую, или *паркинсонизм*, и *гиперкинетическую*—с тремором, атетозом и хореей. Тинель кроме того различает у взрослых:

1. Случаи, протекающие с характером невротических расстройств: с повышенной утомляемостью, нервностью, лабильностью настроения, гипохондрическими установками, развитием фобий и навязчивых состояний. Отдельные симптомы отличаются непостоянством; в некоторых случаях развиваются истерические состояния с припадками без потери сознания.

2. Случаи с изменением личности ■ сторону психопатий у более молодых субъектов. Доминируют: настойчивость, неуживчивость, аморальные наклонности, раздражительность, легкомыслие, импульсивность.

Гиперкинетический синдром при эпидемическом энцефалите наблюдается при тяжелых нарушениях *striati*, когда *pallidum* лишается коррегирующего центра, вследствие чего и деятельность его протекает бесконтрольно и беспорядочно.

Психические картины исходных состояний этих форм протекают главным образом с характером навязчивых явлений и психопатий—неустойчивых и аморальных. Псевдоневрастенические состояния могут давать и легкие, рудиментарные формы энцефалита.

Наиболее тяжелый комплекс сомато-психических расстройств встречается в случаях с паркинсонизмом. В основе—нарушение мышечного тонуса с резким повышением его как для агонистов, так и для антагонистов.

В результате создается тяжелое напряжение, ригидность мускулатуры, доходящая до состояния оцепенения, из которого зачастую больные не ■ состоянии выйти. Начать какое-либо движение самостоятельно они иногда не могут за отсутствием необходимого импульса. Если этот импульс сообщается больному извне,—движение совершается правильно.

При неравномерном напряжении агонистов и антагонистов наблюдается при попытке к движениям падение вперед или назад, *propulsio* и *retropulsio*. В первом случае, чтобы сохранить равновесие, больные бегут до опоры. Вследствие скованности все движения крайне медлительны, затруднены.

Больные часто застывают на каком-нибудь моменте движения.

В инстинктивно-автоматических движениях наблюдаются совершенно неожиданные для больного перерывы речи. Лишь после некоторой паузы больные получают способность совершать это движение. Наблюдается стремление к автоматическим движениям при крайнем ограничении произвольных. Например больные с тяжелой скованностью легко бегают, танцуют или играют на рояле. Сильное эмоциональное напряжение или другое, идущее извне повышение психического тонуса ведет к растормаживанию. Например скованные паркинсоники при сильном душевном волнении начинают хорошо

говорить и выполняют движения, которые в обычном состоянии для них невозможны. С трудной задачей справляются легче, чем с легкой.

В некоторых случаях выпадает импульс к прекращению движения. Тогда наблюдаются так называемые п а л и к и н е з ы. Например какое-нибудь слово или фразу, которые надо произнести, больной вынужден повторять несколько раз—до истощения начавшегося с момента произнесения возбуждения (п а л и л а л и я). К этого же рода расстройствам относятся некоторые виды расстройства дыхания. Значительным усилием воли по данному приказанию больные могут удержаться от повторения.

Близко к этим расстройствам примыкают насильственные плач и смех.

С выпадением торможения связаны импульсивные явления у паркинсо-ников, которые иногда принимают навязчивый характер, например судорожное выкрикивание слов, бессмысленных слогов и ругательств. Наблюдаются также навязчивые идеи и влечения со всеми особенностями таковых. Один наш пациент испытывает непреодолимое влечение переиначивать слова, переставлять в них слоги; другая больная испытывала навязчивое стремление убить кого-либо из окружающих.

Со стороны п с и х и к и с паркинсонизмом связано резкое падение инициативы, расстройство внимания и памяти, заторможенность мышления. Отсутствие стимулов и заторможенность делают больных своеобразно замкнутыми, недоступными, так как они не в силах рассказать о себе. На более легких случаях нетрудно убедиться, что больные живо чувствуют, мыслят, у них нет негативизма.

Но с внешней стороны паркинсоники сильно напоминают кататоников. Это сходство, простирающееся иногда довольно далеко, заставило многих авторов искать объяснения кататонических явлений при шизофрении с точки зрения стриальных расстройств и весь шизофренический процесс переносить от коры к подкорковой зоне. Например в 1922 г. Штейнер рассматривал кататонический ступор как «экстрапирамидальную ригидность». Но в позднейших работах подобных взглядов не встречается. В работе Штертца 1925 г. стриальные и кататонические расстройства строго разграничиваются. Автор не только против идентификации этих явлений, но и против допущения субкортикальной локализации шизофрении. Анализируя характер психических расстройств при эпидемическом энцефалите, нетрудно однако убедиться в их ином происхождении и структуре, чем при шизофрении. Кататонический ступор и паркинсоническая скованность имеют слишком мало общего. В первом случае больные не х о т я т при полной органической возможности расторможения. Паркинсоники не м о г у т хотеть ■ не имеют возможности полного расторможения.

Просматривая клинику психических расстройств при эпидемическом энцефалите, всюду нетрудно за ними видеть органический субстрат ■ узком смысле этого слова. Выше упоминалось о значении в этом смысле моторных расстройств.

Течение заболевания—медленное, прогрессирующее, с нарастанием болезненных расстройств, с неожиданными обострениями.

Прогноз в общем неблагоприятный. Полного выздоровления и даже значительного улучшения до сих пор не наблюдалось. Многие больные погибают в остром периоде болезни. Пережившие его зачастую погибают в течение ближайших лет от истощения или присоединившихся заболеваний. И только для более легких случаев как будто можно поставить благоприятный прогноз.

Но заболевание это является еще недостаточно изученным.

Особого описания заслуживает э п и д е м и ч е с к и й э н ц е ф а л и т у д е т е й. Изучение его у детей с точки зрения его влияния на психику имеет большое значение во многих отношениях. Прежде всего это мозговое заболевание, как и всякое другое, оказывает резко затормаживающее действие на развитие нервной системы. Роль энцефалита в этом отношении особенно велика потому, что он может поразить ребенка в очень ранние периоды и даже в груд-

ном во
протека
ные кар
лых, н
картин
огранич
дается
сти пир
тине н
припад
Так как
могут н
чае на
то рас
сти тем
какой-н
время
фалит,
за осло
виях пр
ских из
физмом
нужно
нужно
типа, ч
циями
чаются
старше
У ни
и н ф а
ков в ю
ресов, м
возврат
13 лет,
и облад
как бы
не мож
ми, нач
К тр
развива
влияют и
для раз
ских ха
Бострем
териала
заслужи
чается
более и
после те
началом
протека
32 Психи

ном возрасте. Имеет значение также то, что у детей он очень часто протекает чрезвычайно атипичически. Хотя здесь возможны характерные картины паркинсонизма такого же типа, какие обычны для взрослых, но гораздо чаще наблюдаются более разнообразные и пестрые картины в зависимости от того, что процесс в своей локализации не ограничивается подкорковыми узлами, а гораздо чаще, чем то наблюдается у взрослых, распространяется и на другие отделы, ■ частности пирамидные пути и кору. Благодаря этому в клинической картине нередко гемипарезы, хореические подергивания, судорожные припадки и симптомы, указывающие на большую затронутость коры. Так как из всего обилия неврологических симптомов, которые вообще могут наблюдаться при энцефалите у детей, в каждом отдельном случае налицо обычно оказывается очень немного, иногда один—два, то распознавание почти всегда представляет значительные трудности тем более, что энцефалитом нередко заболевают вскоре после какой-нибудь другой инфекции—гриппа, кори, оспы и часто во время одной из детских эпидемий. Естественно поэтому, что энцефалит, как таковой, очень часто не диагностируется и принимается за осложнение одной из обычных детских инфекций. При таких условиях приобретает особенно большое значение точный учет психических изменений, которые хотя тоже отличаются известным полиморфизмом, но все же представляют большую определенность. Здесь нужно отметить главным образом три типа изменений. К первому нужно отнести метэнцефалитические психозы того же типа, что и у взрослых, с затемнением сознания, с галлюцинациями и отрывочными бредовыми идеями. Картины этого рода встречаются сравнительно не так часто и главным образом у детей более старшего возраста.

У них же можно констатировать картины психического инфантилизма, но последние особенно часты у энцефалитиков в юношеском возрасте. При этом личность ребенка в смысле интересов, манеры поведения и всех психических установок представляет возврат к более ранним периодам развития, причем ребенок 12—13 лет, достигший уже значительного интеллектуального уровня и обладающий большим кругозором и разносторонними интересами, как бы совершенно лишается приобретений последних лет, ничем не может заниматься, как только играми с совсем маленькими детьми, начинает лепетать, как ребенок и т. п.

К третьему типу нужно отнести своеобразные психопатии, развивающиеся в связи с эпидемическим энцефалитом. Они представляют и большой теоретический интерес, так как много дают если не для разрешения, то для постановки вопроса о генезе психопатических характеров. Впервые на возможность таких случаев указали Бострем, Димид, Лейзер, но в смысле накопления фактического материала много сделано и русскими исследователями. Прежде всего заслуживает внимания, что изменение личности ребенка обычно отмечается окружающими не непосредственно после болезни, а спустя более или менее значительное время—несколько недель или месяцев после тех, не всегда определенных явлений, которые можно считать началом энцефалита. Ввиду того, что последнему очень свойственно протекать с большими колебаниями и давать неожиданные вспышки

после длительного промежутка, в течение которого все болезненные явления казались затихшими, можно предположить, что изменение характера спустя долгое время после начала болезни соответствует новому ее рецидиву. Изменения характера в таких случаях бывают не всегда одинаковы, но все же в них можно отметить несколько главных моментов, каждый из которых в отдельном случае выдвигается на первое место, благодаря чему можно выделить несколько не резко отграниченных типов. Одним из самых существенных симптомов является повышение возбудимости и более или менее значительное общее возбуждение, которое касается двигательной, отчасти эмоциональной стороны. Ребенок становится суетливым, не может сидеть спокойно на месте, хватается за различные предметы, подбегает к другим детям или взрослым; вместе с тем он делается грубым, дерзким, часто обнаруживает агрессивные наклонности; ■ последнем случае нередко обнаруживается неудержимое стремление кусаться, царапаться, иногда плевать. В некоторых случаях отмечается нечто вроде прилипания: ребенок, ухватив кого-либо из других детей, иногда при этом укусив его, как бы застывает в судороге, так что стоит значительного усилия его отнять. При этом чрезвычайно часто наблюдается значительное эротическое возбуждение. У детей более старшего возраста оно выражается в попытках к половым сношениям, к обнажению половых органов. В эту же группу явлений относится большой цинизм, стремление говорить на эротических темы, совершенно не стесняясь выражениями. У маленьких детей чаще всего эротизм выражается ■ упорной мастурбацией. У девочек более старшего возраста и подростков половое возбуждение этого рода делает их очень легким объектом совращения.

В других случаях при более умеренных степенях возбуждения на первый план выдвигается вместе с некоторой говорливостью стремление говорить неправду, обманывать других. Нельзя собственно говорить о живости фантазии и продуктивном творчестве. В основе повидимому нужно предполагать словесную гиперпродукцию, которая не зависит от обилия образов и переживаний, требующих того, чтобы их высказали, а представляет своего рода судорогу речевого аппарата. Дети часто высказывают все то, что им приходит в голову из инстинктивной потребности говорить, не разбираясь в том, что соответствует действительности, что нет, часто ■ своих не соответствующих действительности продукциях обнаруживают известную целевую установку, например желают скрыть допущенные ими отступления от принятых правил доброго поведения, зная, что их поступок не будет одобрен старшими. Вместе с перечисленными симптомами или в качестве чего-то самостоятельного наблюдается также наклонность брать чужое, большей частью сласти, карандаши, картинки, вообще предметы, представляющие ■ глазах детей большую или меньшую ценность, но иногда и совершенно не нужные и не интересные и в их глазах вещи.

Описанные изменения в личности не могут быть понимаемы, как проявления психического инфантилизма, развивающегося иногда, как мы говорили выше, в связи с эпидемическим энцефалитом. Здесь не просто возврат к прошлому, но определенный сдвиг в психических механизмах. Нужно сказать, что у очень маленьких детей вместе с большой

подвижно
не потому
отличают
Термины
их речев
для их
И в слу
быть по
корковы
от тормо
нием ни
сдвиги
Интеллек
полной
мере. Д
управлен
установл
лишнего
что бере
нужно д
от психо
более гл
У детей
главным
атаксия.

Опи
ятных у
даже под
отношен
психичес
ческих м
нений и
сеть от
и окружа
уменьше
матичес
полное
элемент
время бу
цию по
с значит
менител
ние к р
к интер
стойкой
иногда
нальных
психоп
наступл
перенес

Мак
леко за
ков, ат
роскоп
и спин
бовидн
В с
изменен

подвижностью, говорливостью наблюдается наклонность говорить неправду не потому, что они хотят кого-нибудь обмануть, а просто потому, что они не отличают действительности от своих фантазий и от содержания сновидений. Термины «ложь», «неправда» совершенно не подходящи для характеристики их речевых продуктов. Точно так же не подходит обозначение «воровство» для их поведения, когда они хватают все, что привлекает их внимание. И в случаях постэнцефалитических психопатий несомненно многое может быть понято как нарушение взаимоотношений между деятельностью подкорковых узлов и корковыми механизмами, причем первые освобождаются от тормозящего действия коры и дают картину возбуждения с преобладанием низших стремлений и инстинктивных влечений. Но получающиеся сдвиги не могут считаться простым возвратом в период раннего детства. Интеллектуальные достижения, как таковые, сохраняются в более или менее полной неприкосновенности, хотя ребенок и не пользуется ими в должной мере. Другими словами, корковые механизмы сохраняются, но страдает управление ими. Ребенок, говоря неправду, знает, что нарушает некоторые установленные правила, но не может удержаться от того, чтобы не говорить лишнего и несоответствующего действительности. Точно так же он знает, что берет чужое, но не может противостоять стремлению. В основе, как нужно думать, лежит ослабление задерживающих центров. В этом отличие от психопатий в собственном смысле, при которых личности наблюдаются более глубокие изменения, в частности в области этических представлений. У детей же с постэнцефалитическими изменениями характера расстраивается главным образом поведение, в области которого наблюдается своеобразная атаксия.

Описанные изменения держатся обычно очень стойко, хотя при благоприятных условиях могут дать более или менее значительное улучшение или даже подвергнуться полной коррекции. По существу это изменение во взаимоотношениях между первобытной жизнью стремлений и более высокостоящей психической деятельностью—более или менее значительный сдвиг в психических механизмах. Дальнейшие последствия, стойкость наступивших изменений и значение для окончательного формирования личности будут зависеть от терапевтических мероприятий и главным образом от воспитания и окружающих условий. В благоприятных случаях можно рассчитывать на уменьшение возбудимости подкорковой зоны и на большее подчинение автоматической жизни тормозящему действию коры. Можно надеяться даже на полное восстановление нормальных отношений. Если же более здоровые элементы не будут укрепляться упражнениями, нервная энергия длительное время будет идти по иному, более короткому пути, давая двигательную реакцию по типу короткого замыкания в обход более длинных путей, связанных с значительным торможением. Устойчивые доминанты будут создаваться при стремлении к сдвигам, которые образуются в результате болезни, и стремление к реакциям более примитивным, с акцентом эгоизма и безразличия к интересам других все больше будет зафиксировываться, образуя ядро стойкой психопатии. Если у взрослых после перенесенного энцефалита иногда наблюдается резко выраженная наклонность к совершению криминальных действий, то с полным правом можно думать, что известные случаи психопатий вообще, хотя в определенной форме выявлявшихся только по наступлении юности и зрелого возраста, обязаны своим происхождением перенесенному в детстве энцефалиту.

Патологическая анатомия. Лечение

Макроскопически грубые изменения наблюдаются лишь в далеко зашедших, хронических случаях; отмечается водянка желудочков, атрофия белого вещества, очаги размягчения в коре. При микроскопическом исследовании—незначительные изменения в коре и спинном мозгу, более резкие в стенках III и IV желудочков, ромбовидной ямке и aquaeductus Sylvii.

В стволовых ганглиях наряду с сосудистыми—дегенеративные изменения. В сосудах—инфильтрация стенок.

Лечение. В остром периоде рекомендуются внутривенные инъекции 2—3 см³ электроколаргола после предварительной инъекции 10 000 единиц стафилококковой вакцины с промежутком в несколько часов. Всего 8—10 сеансов, через день.

Уротропин, чистый или в соединении с коларголом, внутривенно 2—5 см³ ежедневно.

Инъекции салицилового натрия—1,0 в 5 г солевого раствора в вену, ежедневно повышая дозы, 10,0 на весь курс. При паркинсонизме в исходных состояниях положительный эффект реже. Рекомендуются также инъекции трипафлавина. При паркинсонизме рекомендуются инъекции скополамина, атропин, гиосцин, дюбуазин. Французские невропатологи рекомендуют при паркинсонизме препараты дурмана (*Datura stramonium*) в порошке.

В остром периоде—лечение по методу Левадити-Пуэнклу эндолумбальными инъекциями вакцины из мозга экспериментально-энцефалитического кролика.

Больных с картиной психоза рекомендуется помещать в психиатрическое учреждение. Тяжелые паркинсоники нуждаются в призрании как хроники.

Психозы в связи с острыми инфекциями

Всякое тяжелое соматическое заболевание всегда сопровождается более или менее значительными изменениями в нервно-психической сфере, вызывая различные неприятные ощущения, действуя на настроение и на течение психических процессов вообще. В особенности это относится к инфекциям, при которых играет большую роль как повышение температуры, так и отравление нервной системы токсинами. До недавнего времени сведения об инфекционных психозах были довольно отрывочны, потому что заболевания этого рода наблюдались главным образом интернистами, психиатры с ними сравнительно редко имели дело. Но развитие эпидемий в период 1918—1923 гг. дало возможность врачам сильно пополнить свои знания в этой области. Особенно много пришлось поработать в этом отношении русским психиатрам, которые собрали очень большой и ценный материал. Последний особенно богат по отношению к сыпному тифу (работы Н. И. Гиришберга, В. А. Гиляровского, А. И. Винокуровой, Д. А. Аменицкого, Н. И. Скляра, А. В. Триумфова, А. Г. Иванова-Смоленского и др.). Психозы при инфлуэнце изучались главным образом немецкими исследователями, из которых особенно ценные данные собрали Клейст и Вальтер. Накопление новых материалов дало возможность более точно уяснить сущность симптоматических психозов и изменить во многих отношениях общепринятые в прежнее время взгляды. Так, пришлось отказаться от строгого разделения, которое проводилось в прежнее время между лихорадочным и инфекционным делирием. Выяснилось, что всякое лихорадочное состояние может сопровождаться делириозными явлениями и что последние могут быть вызваны исключительно одним отравлением, развиваясь иногда в периоде, когда нет еще повышения температуры или, наоборот, когда оно уже закончилось. Невозможность указать какие-либо существенные признаки, на основании которых можно было бы различать клиническую картину в том и другом случае, заставляет думать, что реакция психики как там, так и здесь более или менее одинакова. Не проводится по существу разницы также и между собственно инфекционным бредом, инициальным и бредом коллапса. Время появления психической реакции вообще имеет значение, так как зависит от различных моментов, выяснение которых очень существенно с точки зрения установления патогенеза психоза в целом. Иногда здесь приходится считаться с конституциональными моментами, иногда с индивидуальными отличиями, нередко также с характером самой инфекции. Так называемый инициальный бред, делирий, развивающийся еще до повышения температуры, особенно часто наблюдается

при брюшн
случаям, с
нения во в
Параллель
свойственн
циям могу
одном типе
во взгляда
типе реакци
геффера м
инфекции
наковым о
торыми др
более или
интоксика
жение кар
горячке, в
образом пр
ности дели
сколько от
как бы су
считаться,
один и тот
экзогенны
личные ка
структуры
детям и м
тельные и
с изменени
заболевани
ков очень
нием ■ за
реагировал
экзогенном
к о м п л е
элементы
нервная с
нием, зави
делирий я
мозгу. На
зрения пр
рии прихо
томокомпл
Так как з
и сознани
штемпель
комплекс
истощение
может леж
например
состояния
рождения
По нашим
но дают н
Кроме
отравлени
с т о я н и
б о с т и .
ной систем
зом обусло
кровоизли
бенности с
ходящей
няются ст

при брюшном тифе и оспе. Бред колапса свойственен более тяжелым случаям, сопровождающимся сильным истощением, но психические изменения во всех случаях вызываются в конце концов отравлением токсинами. Параллельно с этим все больше устанавливается взгляд, что всем инфекциям свойственна более или менее одна и та же картина. Хотя отдельным инфекциям могут быть присущи известные особенности, все же можно говорить об одном типе инфекционного делирия, общем всем инфекциям. Эта эволюция во взглядах нашла себе выражение в концепции Бонгеффера об экзогенном типе реагирования, куда относится и картина делирия. С точки зрения Бонгеффера мозгу во многих случаях на самые различные моменты, в частности инфекции и интоксикации, свойственно реагировать более или менее одинаковым образом. К таким типовым реакциям вместе с аментивными и некоторыми другими состояниями относится и картина делирия, которая более или менее одинакова не только при различных инфекциях, но и при интоксикациях, например алкогольной. С этой точки зрения понятно сближение картин бредовых переживаний при острых инфекциях и при белой горячке, ввиду чего в обоих случаях говорят именно о делириях. Таким образом приходится думать, что структура инфекционных психозов, в частности делирия, зависит не столько от характера воздействовавших моментов, сколько от способности мозга реагировать известным образом, определяемым как бы существованием в нем особых предуготованных механизмов. Нужно считаться, с другой стороны, не только с тем, что характер реакции остается один и тот же при самых различных экзогенных, но и с тем, что один и тот же экзогенный момент, одна и та же инфекция может вызвать у разных лиц различные картины как в смысле интенсивности явлений, так и в смысле их структуры. Способность давать делириозные реакции особенно свойственна детям и молодым субъектам, а также женщинам. Она, представляя значительные индивидуальные отличия, меняется с возрастом и в особенности с изменениями на почве предшествовавших инфекций, равно как и других заболеваний и интоксикаций. Давно установлено, что например у алкоголиков очень часто развиваются особенно тяжелые картины делирия с возбуждением и затемнением сознания. Делирий представляет самый частый тип реагирования на инфекцию. Другим таким типом, тоже относящимся к экзогенному типу Бонгеффера, является аментивный симптом-комплекс. Хотя во многих случаях в клинической картине перемешаны элементы того и другого, все же это—два разных типа. В каких случаях нервная система будет реагировать делирием, в каких—аментивным состоянием, зависит от различных и не всегда ясных причин. Можно считать, что делирий является более активной реакцией и свойственен более здоровому мозгу. На него можно смотреть как на защитную реакцию, понятную с точки зрения процессов возбуждения и торможения в нервной системе. При делирии приходится считаться с возбуждением анализаторов. Аментивному симптомокомплексу свойственно торможение интегрирующих функций мозга. Так как здесь поражаются глубже лежащие психические слои, личность и сознание «я» затрагиваются более резко, и все явления вообще носят штемпель более тяжелого поражения мозга. Естественно, что этот симптомокомплекс развивается преимущественно в особенно тяжелых случаях, когда истощение достигает своего максимума; при этом в основе этого истощения может лежать не только инфекция, но и другие соматические заболевания, например большие потери крови. Иногда развитию именно аментивного состояния как типа реакции способствует первичная слабость мозга от рождения или известная инвалидность его на почве других психозов. По нашим наблюдениям больные с артериосклерозом и шизофренией обычно дают не делириозную, а аментивную реакцию.

Кроме делириозных и аментивных состояний свойственное инфекции отравление нервной системы может дать более или менее длительные состояния психической постинфекционной слабости. Иногда к действию отравления присоединяется разрушение нервной системы, которое частью вызвано тем же отравлением, а главным образом обусловлено более или менее мелкими, но обыкновенно многочисленными кровоизлияниями, свойственными всем инфекционным заболеваниям, в особенности сыпному и брюшному тифам. Таким образом кроме состояний преобладающей психической слабости к постинфекционным психозам присоединяются стойкие состояния более или менее резко выраженного слабоумия.

Часто наблюдающиеся в таких случаях размягчения на почве кровоизлияний ведут к тому, что в клиническую картину входят обычно и очаговые симптомы. Все эти состояния заслуживают особого описания. Нужно заметить при этом, что здесь имеются в виду собственно инфекционные заболевания, в которых генез сводится исключительно к действию инфекции. Но последняя иногда может быть толчком для развития психоза, который имеет вообще иной генез и большей частью развивается без всякой инфекции. Так отмечается, что во время какого-нибудь инфекционного заболевания или непосредственно после него появляется первый приступ маниакально-депрессивного психоза или начинается шизофрения; у алкоголиков нередко вместе с воспалением легких или другой инфекцией развивается белая горячка. Хотя на картину этих, равно как и некоторых других психозов, развивающихся в связи с инфекцией, последняя часто накладывает отпечаток, все же они не могут относиться к инфекционным и рассматриваются в других местах в зависимости от их сущности.

Инфекционный делирий

Явления инфекционного делирия чаще всего развиваются при вполне выраженных явлениях болезни, иногда к концу ее.

Хотя с внешней стороны проявления его очень разнообразны благодаря тому, что на первый план выдвигается одна какая-нибудь сторона, например возбуждение или бред,—все же можно уловить значительное сходство большинства случаев, и можно говорить о внутреннем единстве. Наибольшая пестрота наблюдается в степени интенсивности затемнения сознания. Глубокое помрачение его с полной утратой воспоминания в периоде выздоровления наблюдается лишь в немногих случаях. Но если даже не касаться их, все же придется считать с очень большим разнообразием. В общем затемнение сознания бывает более глубоко к концу болезни, но значительные колебания обычны в течение короткого времени. Иногда настойчивыми вопросами больного можно как бы разбудить и заставить ответить более или менее сознательно, если речь идет о сравнительно простых вещах, а затем сознание опять запутывается. Так обыкновенно больные в состоянии назвать свое имя, лета и занятие. Сознание окружающего страдает гораздо в большей степени: редко больные бывают в состоянии правильно ответить, что они в больнице, гораздо чаще им кажется, что они находятся на том свете, среди нечистой силы, на пароходе, опущены в какой-то мешок, сидят под арестом и т. п. Ясного сознания болезни конечно ожидать невозможно, но из того, что больные сами говорят в ответ на вопрос или по собственному почину, можно видеть, что у многих из них существует смутное ощущение своей болезненности, например больные говорят: «в голове туман и кружение», «запуталась я», «смерть моя приходит» и т. п.

Восприятие больных характеризуется резко выраженной склонностью к иллюзорности. Даже простые объекты воспринимаются очень часто с большими ошибками (например плессиметр многими больными принимается за нож или иной какой-то страшный инструмент, карандаш и перкуссионный молоток—за револьвер); часто предметы узнаются правильно, но представляются очень искаженными, например глаза косыми, ноги кривыми; иногда все предметы кажутся то слишком маленькими то чрезмерно большими. Аналогичное явление наблюдается и по отношению к слуховому материалу; так напри-

мер слово кашель воспринимается как каша, спи—спирт и т. д. Наверное можно сказать, что причиной такой иллюзорности нужно считать до известной степени ослабление деятельности высших органов чувств; в частности при сыпном тифе значительное ослабление слуха принадлежит к обычным явлениям даже там, где бред ничтожен или даже отсутствует совершенно. Можно думать о некоторой неотчетливости и зрительных восприятий, что отчасти по крайней мере может объясняться чисто физическими явлениями, например гиперемией глазных яблок. Но главная причина несомненно заключается в неспособности сосредоточивать внимание, в расстройстве ассоциативной деятельности, вообще психических актов. Это в особенности выступает там, где больному предлагается более сложная работа, например прочесть какой-либо отрывок. Правильно воспринимаемая отдельные буквы, он почти никогда не дочитывает слова до конца, искажает его так, что во всем, что он читает, не получается никакого смысла.

Наиболее характерны для инфекционного бреда галлюцинации и связанные с ними бредовые идеи. На первом плане нужно поставить обманы со стороны зрения. Больные видят, что кругом все горит, идет светопреставление, война, кавалерия идет в атаку, на больного валится стена, видятся какие-то красные столбы, виселицы, какой-то храм с высшим существом на престоле, приглашающим к себе больного. Иногда у больных без алкоголизма в анамнезе надавливание на глазные яблоки вызывает галлюцинации в те моменты, когда их вообще не было. Меньшую роль играют слуховые моменты, когда их вообще не было. Меньшую роль играют слуховые моменты, когда их вообще не было. Меньшую роль играют слуховые моменты, когда их вообще не было. Как галлюцинации, слышатся голоса родных, крики, выстрелы. Как отмечается всеми наблюдениями, для бреда при инфекционных болезнях характерно то, что галлюцинации не единичны — не разрозненны, а носят характер сцен. При этом сам больной — этих сценах обычно является непосредственным участником, а не зрителем, как то бывает при других состояниях; больному кажется, что он присутствует на венчании своей родственницы, участвует в атаке, снимает мерку с воображаемых заказчиц, играет в особенную игру, в которой ставкой является его жизнь.

То, что может быть названо бредом, в сущности является передачей галлюцинаторных состояний без попыток какого-нибудь критического отношения к тому, что больной переживает. В соответствии с галлюцинациями больным обычно кажется, что они совершают какие-то путешествия, едут на пароходе, по железной дороге, летят на аэроплане, перелезают через какую-то канаву. По мнению Бонгеффера, такая особенность бреда при инфекционных болезнях объясняется изменениями со стороны лабиринта и полуокружных каналов. По нашим наблюдениям эти путешествия очень часто, особенно при сыпном тифе, принимают характер катастроф: больным кажется, что они становятся жертвой крушения на железной дороге, землетрясения, падают в какую-то пропасть, причем иногда настойчиво просят держать их, чтобы не дать куда-то провалиться; одной больной сыпным тифом казалось, что ее перевернули вверх ногами; другим кажется, что они летают и падают, едут на «трясучем автомобиле», летят по воздуху на автомобиле с крыльями и сами имеют крылья.

Довольно часто выступает профессиональный бред, и притом не только в случаях с алкоголизмом; например красноармеец из железнодорожной охраны видит корзины и отдает распоряжение сдать их в багаж; сапожник говорит о гвоздях, которые ему нужны для приготовления обуви, врачи делают операции, ставят диагноз, психиатр с сыпнотифозным бредом определяет у лечащего врача прогрессивный паралич.

На основании своих наблюдений мы считали бы возможным говорить о большой роли в образовании бредовых идей болезненных и вообще неприятных ощущений ■ различных органах, как о чем-то более или менее типичном для инфекционного бреда (в особенности при сыпном тифе). Необычайно часто приходится наблюдать такого рода бредовые переживания: в голове у больной тикают часы, прострелен бок в бою (осложнение плевритом), больному ампутируют ноги или их кусают кошки (невритические боли), разрезают пополам пилой (больная, завернутая ■ влажные простыни, была привязана полотенцем к кровати); больного четвертуют, разрезают на части, опускают в мешок, наполненный насекомыми, которые его кусают; один больной видел, как все его тело разрубили на куски и стали варить ■ котлах. Хотя ■ создании бреда, особенно в первые дни, принимают участие воспоминания ■ прошлого и творческая фантазия, но все же главным образом иллюзорное восприятие действительности и галлюцинаторные образы дают материал для бредовых концепций. В тяжелых случаях, особенно к концу болезни, всегда можно выделить участие тех или других болезненных ощущений. Второе, на что мы впервые обратили внимание, — это бред удвоения своей личности или бред двойника. Чаще всего бывает так: больному кажется, что вместе с ним на кровати лежит кто-то другой, этот кто-то каким-то образом с ним связан; это его брат или вообще близкий родственник; иногда этот другой представляется каким-то придатком на теле больного, он-то и является больным, испытывает боли, различные неприятные ощущения и заставляет этим мучиться и самого больного. Иногда больному кажется, что отдельные части его тела как-то удвоились, например, у него «болят две головы», у него два рта; кроме его собственных рук и ног у него появились еще какие-то другие. Нужно думать, что при болезненном состоянии органы тела представляются чем-то чужим, посторонним, самому больному не принадлежащим. Интересные указания делают сами больные в периоде выздоровления. По возвращении сознания им некоторое время кажется, что их руки и ноги, вообще тело им не принадлежит.

Интенсивные боли в разных местах тела, свойственные вообще инфекционным болезням, здесь имеют своей причиной кроме того и часто наблюдающиеся невриты. Ввиду этого легко понять, почему бред именно такого характера столь част при сыпном тифе.

Иногда аллегоризация болевых и иных ощущений аналогичным путем приводит к бреду одержимости. Одна больная была убеждена, что ее кусают и царапают кошки, одна из которых забралась к ней в живот, возится там и мяукает; при этом больная сама мяукала, утверждая в то же время, что делает это не она сама, а проникшая в нее кошка. Другая больная, страдавшая гингивитом, в течение несколь-

ких дней высказывала бред, что в рот к ней забрался нечистый: она его не видала, но чувствовала в виде какого-то маленького мохнатого существа, она старалась постоянно стиснуть его зубами, но каким-то образом он увертывался, и больная кусала себе только язык и слизистую оболочку щек.

Бредовые идеи во всех случаях очень нестойки, что и неудивительно, если принять во внимание характер их образования. Большею частью содержание их неприятно, тягостно для больных. Но бывают случаи, преимущественно из числа более легких по течению, когда переживания больных носят характер особенно продуктивного творчества; больным кажется, что они делают какие-то открытия, играют большую роль в мировых событиях; при этом самочувствие, за известный период болезни по крайней мере, может быть необычайно хорошим, даже восторженным.

Поведение больных в значительной степени обусловлено переживаемыми ими бредовыми мыслями и галлюцинаторными образами; они боязливо осматриваются по сторонам, к чему-то прислушиваются, обороняются от воображаемых врагов, сопротивляются при физическом исследовании, при выполнении вливаний и впрыскиваний. Очень часто можно видеть, что они переживают определенную сцену: например красноармеец ■ бреду продолжает бой с воображаемым неприятелем, замахивается рукой, точно шашкой, кричит «пли». Все, что происходит ■ палате, больные склонны относить к себе; речь окружающих принимают за вопросы, обращенные к ним, и пытаются отвечать. Как любопытную подробность можно отметить, что очень часто больные стараются сбрасывать с себя одежду ■ особенно отдирать колодийные повязки, остающиеся после соляных вливаний. В них больные несомненно, как говорили сами, склонны были видеть олицетворение того неприятного придатка, о котором они так часто в своем бреду упоминали. Несколько раз приходилось слышать: «Отнимите от меня это», и когда эти наклейки удалялись, на некоторое время больные успокаивались, думая, что сделано именно то, что нужно. Нередко констатируются явления, с внешней стороны очень напоминающие кататонические, именно стереотипное повторение одного и того же слова или фразы, ритмическое размахивание руками, иногда застывание в одной и той же позе; иногда можно убедиться в том, что это движение соответствовало галлюцинаторным образам; например больному кажется, что он летит по воздуху и машет крыльями. Течение болезни в этих случаях не представляло чего-либо особенного, и после болезни, равно как и до нее, не оказывалось данных, делающих возможным предполагать шизофрению; некоторая особенность таких случаев—более глубокое затемнение сознания. С практической стороны важно помнить о довольно часто наблюдающемся стремлении уходить и убегать под влиянием галлюцинаций и бреда; иногда отмечается стремление выскочить из окна, наклонность наносить себе повреждения; при стремлении удержать больных иногда развивается картина очень большого возбуждения.

Что касается течения, то описанные явления продолжают обычно до падения температуры, а нередко могут быть отмечены и после нее. В некоторых случаях в периоде выздоровления сохраняются и упорно держатся бредовые идеи, когда все другие болезненные

явления уже исчезли. Такой «резидуальный бред» не представляет чего-либо специфического для постинфекционных состояний. Вообще он отмечается там, где окончательному исчезновению болезненных явлений, возникших в остром периоде болезни, препятствует или не вполне прояснившееся сознание или психическая слабость. Соответственно этому такой бред приходится встречать обычно после делириозных состояний, ■ частности после алкогольных расстройств, у эпилептиков в послеприпадочных состояниях, иногда после приступов маниакально-депрессивного психоза. Бред этого рода наблюдался и в связи с инфекционными заболеваниями. Понятно, почему резидуальный бред нередко наблюдается после сыпного тифа. Причина прежде всего в яркости галлюцинаторных переживаний при этой болезни, делающей сравнительно легким смешение их с действительностью. Повидимому необходимое для развития резидуального бреда условие—состояние, хотя бы временное, известной психической слабости—здесь налицо ■ большей степени, чем после какой-либо иной инфекции. Наконец при сыпном тифе также больше, чем в других случаях, и «резидуальных» симптомов ■ соматической ■ нервной сфере—долго продолжающиеся слабость, разбитость, боли, неприятные ощущения во всем теле, равно как ощущение, что тело как-то изменилось и даже кажется чужим. Обилие различных ощущений, оставшихся от острого периода, характеризующегося галлюцинаторными переживаниями, способствует тому, что содержание некоторых из них застревает и на период после прояснения сознания в связи с тем, что ослабленная психика не может сразу справиться с обилием новых переживаний и дать им критическую оценку. Такому именно происхождению известной части по крайней мере резидуальных бредовых идей, именно смешению грез с действительностью, соответствует и их содержание, для которого очень подходит принцип *Wünscherfüllung* (выполнение желания). Второй тип резидуального бреда по содержанию—это идеи преследования, воровства. Появление их психологически понятно из вышеприведенных соображений. Особый тип, по нашему мнению наиболее характерный для сыпного тифа, это—гипохондрические бредовые идеи, связанные с болезненными и вообще измененными ощущениями. Примером может служить следующий случай:

Врач, хирург, 60 лет, ■ состоянии сыпнотифозного делирия вместе с другими явлениями переживал особое ощущение, что голова его сделана из стекла; это ощущение было настолько реально, что больной все время держал голову так, точно боялся ее разбить, и запрещал дотрагиваться до нее, крича, что она стеклянная. После падения температуры и исчезновения вместе с прояснением сознания собственно галлюцинаторных явлений у него недели две оставалось еще это ощущение и страх разбить голову. Всякое резкое движение других поблизости от него вызывало у больного сильнейший страх ■ соответствующие защитные движения. Постепенно это явление исчезло, причем был такой переходный период, когда он сознавал, что страх его нелеп, но освободиться от него все-таки не мог¹.

В некоторых особенно тяжелых случаях затемнение сознания продолжается более долгое время; большей частью такие больные погибают без каких-либо осложнений, при явлениях адинамии, обусловлен-

¹ Наблюдение А. М. Балашова.

ной именно тяжестью инфекции. Смерть наступает иногда и раньше, еще при высокой температуре, но тоже при глубоком затемнении сознания, обычно вместе с явлениями большого двигательного беспорядка, иногда принимающего характер беспорядочного метания, называемом острым бредом. Судорожные подергивания конечностей, тоническое напряжение ■ них свидетельствуют о раздражении мозговых оболочек; иногда можно констатировать и бульбарные симптомы, чаще всего дизартрии и расстройство фонации. Смертность в случаях, протекающих с резко выраженным бредом, более чем вдвое выше средней смертности вообще, в частности очень неблагоприятным признаком должно считаться глубокое затемнение сознания, особенно если оно остается и после падения температуры.

Каждой инфекции свойственны до известной степени свои особенности в течении делирия. Чаще всего он развивается после сыпного тифа, несколько реже — после брюшного, и в подобных случаях течение отличается особой тяжестью. При этих инфекциях, реже при других, в начале болезни наблюдаются иногда особые состояния возбуждения, близкие к маниакальному, но не имеющие никакого отношения к циркулярному психозу, ■ представляющие своеобразное течение того же делирия. Иногда психическое возбуждение этого рода является первым заметным для окружающих симптомом заболевания. В одном случае больная, заболевшая сыпным тифом, пришла в резко выраженное маниакальное состояние ■ самом начале болезни ■ убежала из дому, была задержана на улице ■ помещена в психиатрическую больницу, где только ■ была выяснена истинная причина этого возбуждения. Сыпному и брюшному тифу свойственно давать ■ особенно тяжелые картины постинфекционной слабости. Возвратный тиф, давая бурные картины бреда, обычно не оставляет каких-либо стойких изменений в психической сфере. В течении скарлатины, оспы и малярии могут быть особые состояния возбуждения, напоминающие то, что наблюдается у эпилептиков. При малярии, как установлено А. А. Перельманом, помимо такого возбуждения и галлюцинаторных состояний нередко наблюдается аментивный симптомокомплекс. При гриппе картина инфекционного делирия не представляет частых явлений, но очень резко бывают выражены постинфекционные состояния слабости. Клейст отметил, что им особенно свойственны депрессивные моменты. Бурную картину может представить делирий при суставном ревматизме и роже. Дифтерия характеризуется частыми поражениями периферических нервов и грубыми очаговыми поражениями мозга, тогда как собственно инфекционный бред наблюдается редко.

Нужно иметь в виду, что картина инфекционного делирия, как такового, может осложниться симптомами, зависящими от присоединяющихся воспалительных явлений энцефалита или менингита, абсцесса мозга, развивающегося иногда в связи с нагноением уха, равно как от уремии.

Лечение. Соответственно предположению об отравлении широко применяются с несомненной пользой соляные вливания и соляные клизмы, обильное питье. Большое субъективное облегчение и объективное улучшение в смысле прояснения

сознания дают прохладные обертывания всего тела на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа, обливание головы и вообще местное применение холода на голову, у более крепких больных полезны общие ванны с прохладными обливаниями. Лекарственное лечение рационально только в смысле поддержки деятельности сердца; между прочим полезно применение адреналина вместе с вливанием. Для успокоения возбуждения бромиды и снотворные бесполезны и скорее вредны; намеки на улучшение можно видеть от эрготина; при тоскливом возбуждении полезно выпрыскивание морфия. Всякие меры стеснения должны быть сведены до возможного минимума, о чем, принимая во внимание психологию таких больных, нужно помнить больше, чем где бы то ни было. Влажные обертывания полезны только при непродолжительном применении, пока они действуют охлаждающим образом. Нужно протестовать самым решительным образом против часто практикуемого в общих больницах связывания таких больных, применения особых постелей с решетками и всех аналогичных мер насилия. К тому же они не вызываются необходимостью, так как возбуждение у больных этого рода бывает очень непродолжительно и легко может быть предупреждено или ослаблено вышеупомянутыми мерами. За всеми больными с бредом должен быть постоянный надзор.

Аментивный симптомокомплекс

Как известно, положение аменции как болезни никогда не было достаточно определенным. Даже в период господства нозологических принципов аменция для очень многих видных психиатров, и притом специально работавших в этой области, была только симптомокомплексом. Крепелин, всегда в очень ограниченной мере принимавший учение об аменции, думал все же, что в связи с инфекционными заболеваниями она может иметь самостоятельное значение.

Ввиду неустойчивости самого понятия аменции ■ ■ ■ прежние время, когда аменция понималась очень широко, не всегда одинаково указывались наиболее существенные для нее клинические признаки. Самым существенным как будто бы должно было быть расстройство сознания, но объем этого расстройства понимался не всегда одинаково. Очень существенным нужно считать замедление и затруднение психических функций. Не совсем ясно отграничение от делириозных состояний, к которым возможны все переходы. Крепелин думал, что различным случаям аменции, в зависимости от рода инфекции, с которой они связаны, свойственен особый отпечаток. Если рассматривать психозы вообще как реакции на различные эндо- и экзогенные моменты, то такого рода подход к аменции является вполне естественным.

В картину аментивного симптомокомплекса входят три главные признака: затемнение сознания, галлюцинации и возбуждение. Элементы спутанности, возникая обыкновенно в остром периоде болезни, остаются и после падения температуры, продолжаясь более или менее долгое время. Они должны быть поставлены в связь с явлениями общей астении, наблюдающейся вообще после инфекции. В генезе спутанности в этом случае играет несомненную роль свойственное астении затруднение интеллектуального функ-

циониро
было бы
Гарт
ции хар
сколько
ных сов

Из от
иначе го
названны
терной а
связност
ными кат
можно г
цией в н
комплекс
повышен
трудно о
в период
в смысле

Течен
образом
лечении,
ленному
указаннь

Пос

Всяко
на более
Явления
стойчиво
статиров
щим, вре
у рекон
в обычно
с преобл
жизни. Р
особенно
реакция
Изучение
литом по
субъекта,
гом всей
жизни, п
психике.
циях. Во
дать очен
образом.
мотивиро
ски все э
человека,

ционирования, то, что при большей выраженности явлений можно было бы назвать острым излечимым слабоумием.

Гартман и Шильдер (Hartmann, Schilder) считают, что для аменции характерным нужно считать не столько затемнение сознания, сколько неспособность к самым простым синтезам, что делает больных совершенно беспомощными (rathlos).

Из отдельных форм аменции, которые различали в прежние время, иначе говоря, из различных симптомокомплексов, которые могут быть названы этим именем, для инфекций нужно считать наиболее характерной астеническую форму в собственном смысле, с элементами бессвязности, слабости мышления, иногда с явлениями ступора и отдельными кататоническими симптомами. В этих случаях существо явлений можно генетически связать с изменениями, производимыми инфекцией в нервной системе. Что касается галлюцинаторного симптомокомплекса, то если речь идет о состояниях, развившихся в периоде повышения температуры — остающихся некоторое время после, его трудно отличить от делирия. Если же картины этого рода развиваются в периоде реконвалесценции и после, всегда возможны сомнения в смысле выявления каких-нибудь эндогенных.

Течение аментивного симптомокомплекса определяется главным образом основной болезнью и общим состоянием организма. При лечении, кроме забот о поднятии питания, нужно стремиться к усиленному выведению токсинов из крови, руководствуясь принципами, указанными в главе об инфекционном делирии.

Постинфекционные переходящие психотические состояния

Всякое тяжелое инфекционное заболевание оставляет после себя на более или менее долгое время известные психические изменения. Явления слабости, повышенной утомляемости, эмоциональной неустойчивости в таких случаях очень обычны. Нередко приходится констатировать также известный сдвиг в смысле отношения к окружающим, временные изменения всей психической личности. Известно, что у реконвалесцентов нередко можно отметить несвойственные им в обычном состоянии эгоистические проявления, сужение интересов с преобладанием стремлений, относящихся к области растительной жизни. В периоде выздоровления от тифов эти явления выступают особенно резко и не только в тех случаях, когда на высоте болезни реакция со стороны нервной системы была особенно значительной. Изучение психических изменений в связи с эпидемическим энцефалитом познакомило нас, особенно если болезнь поражает молодого субъекта, с яркими картинами своеобразного инфантилизма со сдвигом всей психической личности в сторону более ранних периодов жизни, приближения поведения и социальных установок к детской жизни, приближения поведения и социальных установок к детской психике. Несомненно нечто аналогичное наблюдается при всех инфекциях. Во всяком случае при сыпном тифе нам приходилось наблюдать очень часто изменения, которые можно понять только таким образом. Иногда выступает склонность к неуместным шуткам, немотивированная веселость, особого рода дурашливость. Психологически все это легко понять как проявление чисто животного эгоизма человека, перенесшего тяжелую и опасную для жизни болезнь. Этот

эгоизм оказывается в данном случае подчеркнутым благодаря тому, что за время болезни, естественно, установилась гипертрофия внимания к процессам растительной жизни. Собственно личность и все остальное оказалось отодвинутым на задний план. В некоторых случаях дело не ограничивается перечисленными сравнительно легкими и скоропроходящими явлениями, а выступают на смену более серьезные расстройства. Эти постинфекционные изменения бывают неодинаковы с различных точек зрения. Во-первых, на первый план может выдвинуться одна какая-нибудь группа симптомов с преобладанием эмоциональных или интеллектуальных расстройств, благодаря чему получается впечатление качественно различных заболеваний. Во-вторых, разница может сводиться к неодинаковой интенсивности изменений. В одних случаях дело ограничивается психическими явлениями интоксикации с ничтожным участием собственно структурных изменений в нервной системе или совсем без них: иногда же несомненно приходится считаться с органическими, в прямом смысле, нарушениями; в этих случаях и течение не так благоприятно и приводит нередко к стойким явлениям вполне выраженного ослабления интеллекта. Неодинаковая локализация процесса является причиной того, что в этой группе могут быть картины, значительно отличающиеся друг от друга по своей симптоматике. Изучение всех случаев постинфекционных изменений психики дает возможность выделить несколько более или менее характерных картин.

Постинфекционная дистимическая астенция

Больные этой группы поступают в состоянии оглушения и подавленности. Наряду с психическими находим различные изменения в сфере физической, вплоть до тяжелых органических симптомов. Непременным является резкое похудание и истощение, атрофическое состояние кожи и мышц. Во всех случаях наблюдается повышение кожной чувствительности, невралгии, слабость и боли в ногах, расстройство походки. Как правило отмечается повышение коленных рефлексов. Очень часто — дрожание языка, затруднение речи.

Что касается психических изменений, то первое, что обращает на себя внимание, это общий депрессивный фон больных. У них не бывает даже скоропроходящего хорошего или хотя бы спокойного состояния духа. Больные подавлены, угнетены, стонут, на что-то жалуются; все у них болит; они часто принимают беспричинно плакать. Однако определенных жалоб на тоску не бывает. Больные знают, что они не сделали ничего дурного, ни в чем не виноваты, не ждут ни возмездия, ни наказания, не испытывают ни страха ни угрызений совести. И когда спрашивают о причине их слез, то получают ответ: «Не знаю... так...»

В более легких случаях имеется критическое отношение к своему состоянию, которое представляется больным навязанным извне, именно инфекцией: «Это у меня с тифа», — говорят они. Все приятные эмоции, даже самые элементарные, исчезают или превращаются в противоположные. Больные плачут и стонут при посещении близких; им не доставляет удовольствия согревание, пребывание на воздухе, принятие вкусной пищи: они стонут в ванне и при кормлении. Если их душевная жизнь не парализована совершенно, то она проявляется астенически, и чем живее их эмоциональная сфера, тем ярче эта особенность. Эти астенически-депрессивные душевные состояния больных отмечены двумя особенностями, делающими их душевную жизнь негармоничной и своеобразной. С одной стороны, налицо как бы душевная тупость. Эмоциональные раздражения, идущие извне, сплошь и рядом остаются где-то за порогом сознания больного. Ему можно сообщить что-нибудь потрясающее, радостное или крайне неприятное для него и не полу-

чить никакой реакции. С другой стороны, эмоциональная сфера находится в состоянии какого-то особого внутреннего напряжения и раздражения, делающего ее чрезвычайно ранимой и малоустойчивой. Больные нередко напоминают маленьких детей: они не реагируют на серьезные вещи и плачут из-за пустяков. Бородатый мужчина всхлипывает за обедом: «Щи не стынут...». Больная плачет: «Руки не вымыты...». Командир полка всякий раз при перевязках жалобно зовет свою маму и т. д. Второй особенностью является раздражительность больных. У них постоянная неудовлетворенность, душевная ненасыщенность, недовольство. Все нехорошо, неудобно, раздражает, вызывает досаду и гнев. Например среди полной тишины лежавший спокойно больной раздражается отборными ругательствами, кричит, толкает столик, швыряет на пол подушку: оказывается ему надоело лежать... Другой подымает целую бурю, почему при раздаче хлеба ему не досталось горбушки, и т. д.

Заканчиваясь обычно горькими слезами, подобные вспышки непродолжительны. Быстро наступают истощение и крайняя усталость, которая также занимает видное место в картине описываемых состояний. Утомляемость и истощаемость доминируют как в легких, так и в тяжелых случаях. Например выздоравливающая больная так утомляется от 5—8-минутной беседы, что не в силах уйти в палату: ее пришлось унести. Большинство больных жалуется на сильную усталость после нескольких вопросов, после самой непродолжительной беседы, осмотра. С ними долгое время невозможно экспериментировать; часто они не в силах прочесть одной строчки, съесть обед, дойти до уборной и т. д. Вследствие необычайной утомляемости в более тяжелых случаях больные становятся почти недоступными. Они впадают в состояние какого-то молчаливого оцепенения, напоминая кататоников: не выполняют приказаний, не реагируют на большинство вопросов. Но нетрудно убедиться, что здесь не аутизм или негативизм: сплошь рядом можно получить правильные и быстрые ответы на 1, 2, много 3 вопроса. Больные свободно назовут несколько показанных предметов, выполнят несложные действия, затем перестают реагировать: их психическая энергия исчерпана. После отдыха можно снова добиться нескольких ответов. Запоздывания с ответами обычно не наблюдается: больные или отвечают непосредственно или не отвечают совсем, точно не слышат. В тяжелых случаях ответы иногда бессмысленны, состоят из набора слов с сохранением интонаций. Больной понимает, что его спрашивают, что надо что-то ответить, но осмысление и вопроса и ответа для него непосильная работа. Вся душевная жизнь больных в целом претерпевает не только изменение, но и различные степени оскудения.

Общим для всех случаев являются также истощаемость и депрессия, иногда с оттенком раздражения. Депрессия идет откуда-то из глубины, для самих больных ничем не мотивирована и не имеет прямого отношения ни к каким-либо моментам личной жизни больного ни к оруджающей ситуации. Она может быть названа витальной депрессией в смысле Шелера и Вестермана и родственна депрессиям циклотимического рода, которые также идут из глубины, но имеется и существенная разница: там депрессия гармонирует с содержанием сознания больного и со стороны интеллектуальных переживаний сопровождается мыслями самообвинения, греховности. Здесь она и для изменного состояния больного ничем не мотивирована, так сказать, беспредметна. Главным моментом, ведущим к депрессии, нужно считать очень большую истощаемость, в силу чего всякое, даже незначительное, усилие, в частности и интеллектуальное, ведет к усилению тоскливости, иногда в форме взрывов. Истощаемость стоит в связи с измененным химизмом и с нарушением гормональности. В таком общем определении она принадлежит к одной группе с циркулярной депрессией, но при постинфекционной астении акцент нужно поставить на вегетативных расстройствах.

Вазомоторные явления, трофические изменения, в частности со стороны кожи и волос, повышенная мышечная возбудимость, нередкие гиперкинетические расстройства,—все это свидетельствует о глубоком поражении вегетативной системы. Эта картина, в наиболее яркой форме наблюдаемая после сыпного тифа, соответствует в общем так называемым постинфекционным эмоционально-гиперэстетическим состояниям немецких авторов.

Явления амнестического симптомокомплекса

Более или менее значительное ослабление памяти после инфекции, в особенности после сыпного тифа, принадлежит к очень постоянным явлениям. Поскольку наличие делирия свидетельствует о более тяжелом поражении нервной системы, оно ясно выражено в случаях этой группы. Также постоянным нужно считать явления ретроградной амнезии, выпадение из памяти того, что было более или менее прочно усвоено до начала тифа или в первом периоде его, до затемнения сознания. В картину постинфекционной психической слабости вместе с другими явлениями входит также и расстройство памяти, главным образом на недавние события. Как мы видели, оно ясно выступает в случаях постинфекционной астении. Но бывают повидимому, сравнительно редко, случаи, когда расстройство памяти настолько доминирует над другими симптомами, что получается впечатление чего-то своеобразного. Так как при этом утрачивается главным образом способность запоминания текущих событий, то возникает мысль о корсаковском психозе, тем более, что налицо могут оказаться и невритические явления. При известном внешнем сходстве клинической картины выступают однако и существенные отличия. Там почти в полной мере сохраняются интеллектуальные способности и живость психики. Когда все моменты, необходимые для выполнения какой-нибудь задачи, налицо, их не приходится припоминать, больные остаются вполне на высоте положения, могут хорошо играть в шахматы, делать на бумаге сложные вычисления, даже продолжать вести свои дела. В случаях же после инфекции над всем доминирует астеничность, истощаемость, дающая более глубокие расстройства интеллектуального функционирования, чем те, которые можно было бы объяснить ослаблением памяти. В соответствии с этим больные мало активны, быстро истощаются при интеллектуальной работе ■ не всегда оказываются в состоянии справиться и с не особенно сложной задачей, хотя конечно не являются слабоумными.

В связи с этой малой активностью может быть стоит тот факт, что в этих случаях не наблюдается обыкновенно псевдореминисценций ■ конфабуляций, являющихся результатом активного стремления восполнить пробелы памяти.

Стойкие состояния психической слабости

Психическая слабость, наблюдаемая после инфекций, в большей части зависит от истощения нервной системы и от ее отравления. Но в известной мере в происхождении этой слабости играют роль и анатомические изменения.

Последние эпидемии дали возможность ближе познакомиться с патологической анатомией нервной системы при инфекциях, причем здесь можно констатировать целый ряд изменений, имеющих прямое отношение к генезу клинических симптомов. Особенно резкие изменения констатированы при сыпном тифе.

Проф. И. В. Давыдовский в обстоятельной монографии дал сводку своих исследований, результаты которых подтверждаются и другими авторами. Помимо явлений гиперемии, преимущественно мелких сосудов коры, застоя крови и даже полного стаза нередко констатируются кровоизлияния, большей частью милиарные, иногда покрупнее, ведущие к размягчению более или менее значительных участков нервной паренхимы. Со стороны сосудов выступает еще одно изменение, которому проф. Давыдовский дал название тромбоваскулита. При этом происходит набухание, разрастание, слущивание эндотелия самых мелких сосудистых ветвей и капилляров, ведущее к полному закрытию просвета. Это изменение является как бы вступлением к другому, не менее важному, именно образованию периадвентициально в веществе мозга особых микроскопических узелков, состоящих главным образом из глиозных клеток. Такие узелки представляют очень постоянное явление, хотя количество их не всегда одинаково, — их больше в сером веществе и особенно много в продолговатом мозгу, который по Давыдовскому является центром всех изменений при сыпном тифе. Помимо

этого наблюдается диффузная инфильтрация периваскулярных пространств плазматическими клетками. Констатированы также явления перерождения нервных клеток и миелиновых волокон. Аналогичные изменения отмечаются в центрах вегетативной нервной системы, в частности в узлах симпатического нерва, особенно в верхних шейных, с чем проф. Давыдовский связывает наличие расстройств внутримозгового кровообращения. Все эти изменения в главной своей массе оказываются временными и через 6—8 недель подвергаются обратному развитию. Это не исключает однако возможности гибели отдельных нервных элементов в области узелков или точечных кро- отдельных мельчайших сосудов. Однако ввиду микроскопичности таких очагов, разрозненности их в громадном большинстве случаев они не ведут к каким-нибудь стойким явлениям выпадений. Интенсивность всех переносимых изменений как сосудистого характера, так и собственно паренхимы, в некоторых случаях такова, что они не могут оставаться без влияния на течение психических процессов. Все это делает вполне понятной картину временного ослабления психической деятельности, о которой мы говорили в главе о посттифозной астении. Ввиду очень частого и особенно значительного поражения центров продолговатого мозга и вообще стволовой части легко представить себе возможность такого сочетания явлений, что получается значительное сходство с прогрессивным параличом помешанных. Вялость мимики, иногда парезы лицевого нерва, расстройство фонации и артикуляции очень обычны при сыпном тифе; ■ особенности характерно изменение речи, объясняемое расстройством движения языка («симптом языка»).

К этому нужно прибавить возможность тех или других бредовых идей, отставшихся от острого периода болезни и не устраненных благодаря психической слабости и не вполне критическому отношению. Сверх того иногда наблюдается своеобразное изменение самочувствия с элементами благодушия, иногда эйфоричности и повышенной самооценки. Э. Крепелин считал более или менее типичным для постинфекционных состояний своеобразную «манию величия», возникающую из чувств силы и хорошего самочувствия выздоравливающих при недостаточной коррекции ■ слабости интеллекта вследствие истощения.

С своей стороны, мы могли бы подтвердить верность наблюдений Крепелина и естественность его объяснения по отношению к малярии, привитой с терапевтической целью паралитикам. После падения температуры у них иногда наблюдается картина гипоманиакального состояния; больные заявляют при этом вопреки очевидности о своем полном здоровье, которое будто бы так хорошо, как никогда не было раньше. То, что такие явления развиваются после малярии именно у паралитиков, т. е. при наличии интеллектуальной слабости хотя иного, но тоже инфекционного происхождения, особенно подчеркивает важность указания Крепелина на роль интеллектуальных моментов.

В громадном большинстве случаев явления психической слабости, равно как и неврологические симптомы, сглаживаются без остатка через несколько недель после падения температуры. Некоторое ослабление памяти и повышенная утомляемость при интеллектуальной работе могут остаться на долгое время.

Мало известны, но представляют известный интерес психические расстройства при б р у ц е л о з е.

Обычно авторы не проводят строгого различия между болезнью Банга, т. е. инфекционным аборт, вызываемым палочкой Банга у крупного рогатого скота, и микрококком мальтийской лихорадки, поражающей мелкий скот. Люди более подвержены повидимому инфекции микрококком.

В некоторых случаях больные обращают на себя внимание апатией, эмоциональной ранимостью, обидчивостью. Нередко больные жалуются на преходящие парестезии, головокружения, потемнения в глазах, звон в ушах (спазмы сосудов). Возможны бредовые концепции, нестойкие и ограничивающиеся отдельными мыслями о том, что к ним плохо относятся окружающие.

Особого рода приступы отмечаются у больных: короткое, типа *absense* затемнение сознания, онемение языка, рук. Больной не может говорить, ответить на вопросы. Через несколько минут приступ проходит.

28. ОТРАВЛЕНИЕ АЛКАЛОИДАМИ, ЯДАМИ, ВВОДИМЫМИ С ПИЩЕЙ, И ХИМИЧЕСКИМИ ЯДАМИ

Группа отравлений вообще очень велика и разнообразна по характеру входящих в нее случаев. С точки зрения психиатра интерес представляют главным образом те, при которых особенно интенсивно поражается нервная система и соответственно этому наблюдаются более или менее резкие изменения в нервно-психической сфере. Сюда относятся прежде всего так называемые *pervina*—вещества, обнаруживающие определенное сродство с нервной системой и потому проявляющие свое действие главным образом именно на ней. Но нервная система—очень чувствительный реагент на все изменения, происходящие в организме, и потому круг отравлений, которые не могут не интересовать психиатра, очень велик. В смысле научного изучения эта группа представляет особенно большое значение еще и потому, что здесь более отчетливо, чем где бы то ни было, можно наблюдать роль экзогении в чистом виде. Нечто аналогичное можно видеть еще в группе инфекций, но там изменения во всем организме более сложны, и кроме того сам по себе внешний агент—инфекция,—если и может считаться в большинстве случаев ■ достаточной степени определенным, слишком сложен сравнительно с действием какого-нибудь химического вещества. Область отравлений потому еще привлекает внимание психопатологов, что здесь не приходится ■ такой мере, как это вообще имеет место в психиатрии, считаться с комбинированным действием эндо- и экзогении, и последняя таким образом может изучаться более или менее изолированно. Хотя для того, как сложится клиническая картина отравления, имеют значение врожденные особенности отдельных органов или тех или других отделов нервной системы, все же отравления по самому своему существу большей частью совершенно случайны и потому часто наблюдаются у людей совершенно здоровых и не обнаруживающих каких-либо изменений со стороны нервной системы. Естественно, что в этой области делалось особенно много экспериментов конечно с теми веществами, которые не обнаруживают особенно сильного ядовитого действия. Как известно, очень много экспериментальных работ было сделано с алкоголем, но за последнее время вместе с усилением интереса к экзогенным факторам вообще стали очень много внимания уделять и другим экспериментальным отравлениям. Можно говорить даже до известной степени как об особом направлении в изучении психопатологии о стремлении изучать нервно-психические комплексы, соответствующие действию того или другого нервного яда. Неудивительно, что этот вопрос был сделан программным и на съезде немецких психиатров и невропатологов в 1926 г. Естественно, что чрезвычайно большое внимание уделяется действию на психику недавно открытого алкалоида мескалина. Особенно тщательно изучаются своеобразные картины галлюцинаторных переживаний, возникающих при этом отравлении, в Гейдельбергской клинике, откуда вышла целая книга по этому вопросу Берингера (Beringer) под названием *Meskalinrausch*. Нужно добавить к этому, что очень многие отравления относятся к числу профессиональных, почему на борь-

бу с
жен
потр
сам
знач
в ви
со с
ощу
отме
сухо
пов
если
прич
этот
вэти
зате
щен
кой
го с
прич
сто
С
бым
расте
обра
ния
дурн
нием
ным,
к дея
ности
наци
прич
шенн
решо
реали
страд
что е
снуть
до ко
тому.
Ря
сте с
спорь
месяк
часто
эпиде
ским,
стно,
чае в

бу с ними должно быть обращено особое внимание. Полное изложение всех явлений, представляющих интерес в этом отношении, потребовало бы целой монографии, и мы здесь можем дать только самый краткий очерк отравлений, имеющих наиболее важное значение.

При отравлениях атропином после вступительных явлений в виде головных болей, тошноты наступает состояние возбуждения со спутанностью, со зрительными галлюцинациями и неприятными ощущениями в коже, с повышенным или боязливым настроением; отмечаются подергивания в отдельных мышцах, дрожание всего тела, сухость в горле и затрудненное дыхание, коленные рефлексy обычно повышены, зрачки расширены *ad maximum*. Через несколько часов, если не наступает смертельного исхода, проясняется сознание, причем совершенно утрачивается воспоминание о том, что было за этот период. Аналогичную картину дает отравление дурманом; в этих случаях с психической стороны наблюдается главным образом затемнение сознания и делириозные явления, с соматической — учащение пульса и чейн-стоксовское дыхание. При отравлениях настойкой и н д и й с к о й к о н о п л и наблюдается картина делириозного состояния с наплывом зрительных и слуховых галлюцинаций, причем особенно характерно, что окружающие предметы, например столы, стулья, кажутся находящимися в движении.

Своеобразные расстройства наблюдаются при отравлении особым алкалоидом м е с к а л и н о м, получаемым из мексиканского растения *anhalonium*. Отравления этого рода известны главным образом из экспериментальных работ. Через $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ часа после введения 0,15—0,2 алкалоида после некоторой предварительной стадии дурного самочувствия с тошнотой, расширением зрачков и замедлением пульса развивается состояние легкого возбуждения с повышенным, иногда боязливым настроением, с говорливостью и стремлением к деятельности. Самое характерное заключается в особой обостренности восприятия красок и в появлении особых иллюзий и галлюцинаций. Реальные объекты также воспринимаются окрашенными, причем перед глазами больного проходит целый калейдоскоп окрашенных пятен, точек, сетей, различных причудливых фигур в форме решеток, ковров, меняющихся ландшафтов, зданий, лиц. Восприятие реальных предметов и усвоение заметно расстроены. В особенности страдает оценка протекающего времени. Заслуживает внимания также, что если, предложив экспериментируемому закрыть глаза, прикоснуться к его голове, то самому ему его тело и в частности голова, до которой дотрагиваются, кажутся принадлежащими кому-то другому.

Ряд отравлений имеет место при введении ядовитых веществ вместе с пищей. Своеобразные картины наблюдаются при отравлении спорыньей, имеющем место при употреблении в пищу хлеба с примесью так называемых маточных рожков. Это отравление особенно часто имело место в неурожайные годы и иногда принимало характер эпидемий. Такого рода эпидемии были описаны Н. Н. Реформатским, С. Д. Колотинским и М. О. Гуревичем. Различают, как известно, гангренозную и судорожную форму эрготизма. В первом случае вместе с общими явлениями отравления наблюдается омертвление

периферических частей конечностей, например пальцев, иногда кончика носа или ушных раковин. Во втором случае наблюдают как отдельные подергивания в мышцах языка, лица, так и припадки общих судорог с затемнением сознания, со световой неподвижностью зрачков. Всегда имеют место явления общего поражения нервной системы с оглушением, подавленностью настроения, ослаблением памяти и общим затруднением интеллектуального функционирования, большей частью с ясным сознанием каких-то болезненных изменений. Помимо этого наблюдается затемнение сознания, галлюцинации, преимущественно зрительные, бредовые идеи и общее возбуждение. Наблюдаются также тетаноидные приступы и симптомы так называемого эрготинного табеса, зависящего от перерождения соответствующих путей спинного мозга. Иногда картина довольно близко напоминает эпидемический энцефалит.

Пеллагра, нередко встречаемая в Италии, на ближнем Востоке и у нас главным образом на юге, представляет своего рода авитаминоз. В начале заболевания наблюдаются сухость в горле, тошнота и рвота, кишечные расстройства, характерные воспалительные явления с последующим шелушением и пигментацией на открытых местах кожи. В тяжелых случаях наблюдается вполне выраженное душевное расстройство. А. Д. Коцовский, много наблюдавший пеллагрозные психозы, отмечает, что в 70% это — аментивные состояния, в 8,7% — меланхолические и в 1,3% — кататонические. Течение хроническое с частыми улучшениями и ухудшениями.

Наблюдения последних лет показали, что вместе с дементностью нередко встречаются делириозные картины, напоминающие алкогольные.

При ботулизме, хотя налицо отравление токсинами, вырабатываемыми особым микробом *bacillus botulinus*, все же приходится говорить об интоксикации, а не инфекции, так как введение самого микроба не обязательно. Отравление этого рода происходит вследствие введения токсинов вместе с пищей — колбасой, свининой, вообще мясом или рыбой, различными консервами. Через 12—14 часов после отравления появляются головные боли, боли в животе, поносы с последующими запорами. К этому присоединяются различные явления со стороны черепных нервов и вообще головного мозга — паралич аккомодации, расширение зрачков и отсутствие световой реакции, иногда расстройство глотания, паралич диафрагмы. Наблюдается также понижение отделения слез, сухость кожи и слизистых оболочек, сердцебиение, двигательное возбуждение, делириозные состояния. В 30% дело заканчивается смертью. Лечение прежде всего должно иметь в виду опорожнение желудка и кишечника, кровопускание и введение соляного раствора. В диагностическом отношении следует иметь в виду возможность смешения с отравлением атропином и метиловым спиртом. Отравления испорченным мясом и рыбой, относящиеся к группе паратифа, выражаются главным образом кишечным расстройством, иногда сопровождаются полиневритами.

Отравление грибами может иногда дать очень тяжелую картину. Отравление сморчками вызывает рвоту, понос, в тяжелых случаях возбуждение, судороги и коматозные состояния. Очень характерны картины при отравлении мухомором.

Посл
лей—
зату
люци
ливы
бурн
ренн
окан
спос
редко
дов в
Ср
лов
В
неред
влени
Как
оказы
верше
сячны
влени
профе
ртутн
ление
пломб
нию
дезин
д-ра
лись
может
менени
прихо
чае ос
тов н
с обра
нефри
чества
даются
вых, и
вается
ного
москов
отравл
ртутны
ывали

¹ Б
законод
место за
В этом
профот
вопросо

После продромальной стадии—общего недомогания и головных болей—наступает состояние опьянения с возбуждением: сознание затуманивается, и развивается сновидный делирий с отдельными галлюцинациями: настроение сначала бывает повышенным, после тошнотливым и боязливым. Временами при этом развиваются состояния бурного возбуждения. Отделение слюны усилено. Зрачки то расширены, то сужены. Исход обычно благоприятен, лишь изредка дело оканчивается смертью. Интересно отметить, что благодаря своей способности давать состояние, похожее на опьянение, мухомор нередко служит для приготовления особого напитка у некоторых народов в Сибири.

Сравнительно хорошо изучено отравление солями тяжелых металлов и химическими ядами.

В качестве профессионального¹ ртутное отравление нередко имеет место у работников, принимающих участие в изготовлении зеркал, ртутных термометров и в аналогичных производствах. Как показало недавнее исследование Штокка (Stock), токсическими оказываются такие маленькие дозы, которые раньше считались совершенно безвредными; именно от поступления в организм уже тысячных долей миллиграмма может наступить ясная картина отравления. В связи с этим значительно должен быть расширен круг профессий, которые нужно считать опасными в смысле возможности ртутного отравления. Так, не безразличным нужно считать приготовление ртутных амальгам, употребляемых в зубной технике. Наличие пломбы с такой амальгамой несомненно может привести к отравлению ее носителя. Опасной приходится считать также профессию дезинфектора, имеющего дело с сулемой, так как по исследованию д-ра Р. Войновской у 13 дезинфекторов в 38 случаях в моче оказались довольно легко определяемые количества ртути. К отравлению может привести, как наблюдалось неоднократно, неумеренное применение серой ртутной мази. Наконец явления ртутного отравления приходится иногда наблюдать после попытки к самоубийству. В случае острых отравлений значительным количеством ртутных препаратов наблюдаются явления тяжелого стоматита и гастроэнтерита с образованием язв, главным образом в толстых кишках, картина нефрита и общая адинамия вследствие разрушения большого количества красных кровяных шариков. Психические изменения наблюдаются в позднейшие периоды, если отравившиеся остаются в живых, или при хронических интоксикациях. В первом случае развивается картина тяжелого мозгового заболевания с симптомами местного поражения и изменения со стороны психики. Летом 1926 г. московские врачи могли наблюдать целый ряд тяжелых ртутных отравлений в семьях двух кустарей, занимавшихся приготовлением ртутных термометров. Работа их заключалась в том, что они приделывали стеклянные трубочки с ртутью к деревянным рамкам; при

¹ Борьба с профотравлениями в СССР определяется советским трудовым законодательством и проводится многими методами, среди которых видное место занимает замена в промышленности ядовитых веществ неядовитыми. В этом направлении проводится большая работа, в результате которой число профотравлений заметно уменьшается. Читателей, интересующихся данным вопросом, отсылаем к учебникам по гигиене труда.

этом известное количество термометров разбивалось, и ртуть в большом количестве попадала на пол, и хотя последний заметался, все же она в большом количестве оставалась в помещении. Отравленными в большей или меньшей степени оказались все члены обеих семей, в общем более 10, но у детей картина отравления была особенно значительна. Помимо симптомов чисто соматического порядка, о которых упоминалось выше, наблюдалась повышенная температура, головные боли, расстройство речи, парезы глазных мышц, лицевой мускулатуры, отечность всего туловища. В общем болезненные явления напоминали эпидемический энцефалит, тем более, что наблюдалась саливация и расстройство сна. Большая часть этих случаев была обследована в психиатрической клинике II ММИ. С психической стороны наблюдалась повышенная возбудимость, плаксивость и особенная пугливость; детей пугало все новое, незнакомые лица, громкий голос, необычное положение, которое придавали телу; боязливость резко выступала, когда ребенка брали на руки, если это даже была мать или вообще кто-либо из близких. Для объяснения генеза явлений большой интерес представляют данные анатомического исследования в одном случае, закончившемся аутопсией. Помимо обычных изменений внутренних органов было констатировано утолщение стенок артерий, особенно в мелких сосудах, во всех органах, в частности в головном мозгу. Заслуживают внимания также резко выраженные изменения узлов шейного симпатического нерва, которым приходится придавать значение потому, что аналогичные изменения констатируются и в случаях инфекции, причем ими объясняют расстройство кровообращения в мозгу. Изменения симпатической системы, равно как и связанные с ними вегетативные расстройства, как нужно думать, имеют отношение к состоянию страха. Что касается своеобразной локализации процесса, то ртутное отравление в этом отношении может считаться типичным не только для отравления солями тяжелых металлов, но и для других. Узость капилляров и сравнительная бедность венами поджорковой области являются причиной, почему именно там больше всего наблюдается изменений в случаях этого рода. Особая ранимость этой области по отношению к различным экзогенным вредностям доказана и экспериментами, например Ф. Леви и Тифенбах. Такой же генез естественно имеют и аналогичные изменения в психике при хронических отравлениях — нервность, раздражительность (меркуриальный эретизм), боязливость. В более или менее легкой форме эти изменения были найдены д-ром Войновской у обследованных ею дезинфекторов. При лечении острых отравлений рекомендуется молочная диета, известковое молоко, в хронических — ванны, серные ванны, иодистый калий.

Аналогичные до известной степени явления можно видеть при отравлении свинцом. Оно наблюдается у работающих на свинцовых рудниках, на фабриках свинцовых красок, у маляров, лакировщиков, шлифовальщиков мрамора, наборщиков и вообще работающих в типографии, у работающих с аккумуляторами. Источником отравления могут быть свинцовые краски, употребляемые при обработке мехов, а также белила и пудра, содержащие свинцовые соединения. В одном случае картина отравления получилась у грудного ребенка 11 месяцев, мать которого страдала экземой грудной

железы и лечилась свинцовой мазью. Описаны случаи отравления свинцом вследствие того, что последний примешивался к муке при размоле зерна, если трещины в жернове были залиты свинцом. Величина токсической дозы свинца индивидуально различна, но в общем она колеблется от 0,3 до 1,0 на день; у женщин и детей явления отравления протекают более тяжело. То же относится к алкоголикам и страдающим туберкулезом. Поступающий в организм свинец задерживается преимущественно в костях и печени, где образуется как бы депо свинца. При оценке клинических явлений прежде всего нужно иметь в виду, что свинец является клеточным ядом и вызывает резкие изменения в крови: довольно характерным в этом отношении является зернистость эритроцитов и гематопорфиринария. Обычно более или менее значительна картина анемии (свинцовая анемия). Постоянны также расстройства желудочной секреции, особые колики и запоры. В картину отравления входят также головные боли, головокружения, рвота, печальное, боязливое настроение. Во всех случаях более или менее тяжелого отравления наблюдаются периферические параличи главным образом лучевых, отчасти глазодвигательных нервов. Поражается также и головной мозг, причем получается особая картина, названная еще Танкерелем (Tanquerel des Planches) в 1834 г. *encephalopathia saturnina*. В картину отравления помимо перечисленных явлений входят расстройство речи, эпилептиформные припадки и более или менее выраженная картина слабоумия. Вследствие сходства с параличом помешанных такие случаи иногда называют свинцовым псевдопараличом. В основе анатомических изменений лежат главным образом размягчения и атрофические изменения на почве поражения сосудов, стенки которых, как нашел Шпильмейер, представляют картину резкого утолщения. В прежнее время нередко описывали особые психозы с галлюцинациями, приступами страха и возбуждения. Может быть в связи с тем, что благодаря принятию в соответствующих производствах тех или других предохранительных мер случаи тяжелых отравлений стали реже, не приходится наблюдать и таких резко выраженных психозов. При диагностике нужно всегда обращать внимание помимо изучения условий работы на довольно характерную клиническую картину, в особенности на свинцовые колики и особую свинцовую кайму—темную полосу на деснах в той части, которая непосредственно прилегает к зубам. При лечении в остром состоянии дается молочно-кислый кальций, сода в количестве 20,0, в дальнейшем—подистый калий и ванны.

Отравление марганцем носит обычно хронический характер. Оно наблюдается у рабочих, разламывающих марганцовую руду, а также на фабриках марганцовых соединений. Симптомы отравления сводятся к болям в крестце и нижних конечностях, отекам ног, слабости *potentiae*; в тяжело выраженных случаях наблюдаются картина паркинсонизма с согнутым вперед туловищем, маскообразным лицом, повышением мышечного тонуса, иногда слюнотечением; походка атактическая; причем нередко наблюдается про- и ретропульзио, насильственный смех и плач; со стороны психики—изменения настроения и характера.

Острое отравление мышьяком обычно имеет место при покушении на самоубийство и убийство. Могут быть случайные отравле-

ния медицинскими препаратами, содержащими мышьяк, а также мышьяковистым водородом. Хроническое отравление может иметь место вследствие поступления пыли из ковров, птичьих чучел, а также у рабочих в никелевых, кобальтовых и медных рудниках, так как перечисленные руды содержат также и мышьяк. При остром отравлении развивается тяжелая картина с кровавой рвотой и кишечными расстройствами, желтухой, увеличением печени и селезенки, нередко кончающаяся смертью. В хронических случаях наблюдаются желтуха, бессонница, ослабление работоспособности, дурное самочувствие, страхи.

Очень часто встречается и имеет большое значение отравление окисью углерода. Оно имеет место вследствие вдыхания воздуха, к которому примешивается окись углерода. Уже примесь его в количестве 0,15% может быть опасной для жизни. Чаще всего отравление случается с истопниками и кочегарами, гладильщиками белья, с живущими в помещениях, отапливаемых железными печками. В одном случае, бывшем под наблюдением в психиатрической клинике II ММИ, отравление, давшее тяжелую картину нервного расстройства, имело место у артистки, угоревшей в помещении театра, которое было только что натоплено. Чаще всего угорание случается при преждевременном закрывании труб голландского отопления. Отравление может иметь место через посредство дыма, в котором всегда содержится значительное количество окиси углерода. Поэтому нередко угорает поездная прислуга. В одном нашем случае тяжелое отравление наступило у молодой женщины после того, как она, раздувая самовар, вдохнула в себя дым. К угоранию может привести даже пребывание около керосиновой лампы или примуса вследствие неполного сгорания керосина и бензина.

Отравление светильным газом сводится главным образом к действию окиси углерода, которая содержится в нем в количестве от 8 до 12%. Отравляющее действие гранат на войне сводится в значительной степени к тому, что при взрывах их образуется большое количество окиси углерода. Острое отравление сопровождается тошнотой, сухостью в горле, шумом в ушах, усиленной позевоотой. При продолжающемся действии отравления дыхание становится поверхностным, зрачки расширяются, появляются отдельные подергивания, и, как при инсульте, сразу теряется сознание, и нередко наступает смерть от паралича дыхания. Если больные не погибают и приходят в себя и вообще в менее тяжелых случаях наблюдается состояние, похожее на опьянение, или делириозное состояние, иногда с большим возбуждением или насильственными действиями. С соматической стороны во всех более тяжелых случаях наблюдается гнойный плеврит или пневмония, обычны также точечные кровоизлияния на слизистых и серозных оболочках. Течение болезненных явлений характеризуется большими колебаниями, причем после нескольких дней или даже недель хорошего состояния может вновь появиться возбуждение и спутанность сознания. По миновании острых явлений наблюдается по отношению к перенесенному ретроградная амнезия. Во всех более тяжелых случаях развивается стойкое ослабление интеллекта и прежде всего расстройство памяти, иногда представляющее все признаки амнестического симптомокомплекса; типичная для

таких случаев вялость, ослабление инициативы и сознательное отношение к своим болезненным явлениям. Генез явлений сводится к органическим изменениям, в частности размягчениям вследствие спазма сосудов, и картине стаза. Особенно часты размягчения в подкорковой зоне, и именно в области pallidū. Интересно отметить, что карбоксигемоглобин при спектроскопическом исследовании легко обнаруживается в крови, взятой из трупа, тогда как если отравленные остаются живы, из крови он быстро исчезает. При хронических отравлениях больше всего на себя обращают внимание слабость, малокровие, мышечная слабость, головные боли, бессонница и различные нервные явления. При лечении рекомендуется свежий воздух, вдыхание кислорода.

Отравление бензином дает головные боли, тошноту, рвоту, делириозное состояние, затемнение сознания, параличи, судороги и нередко оканчивается смертью. В менее тяжелых случаях наблюдается состояние, похожее на опьянение. Массовое отравление на фабриках нередко сопровождается также истерическими припадками. Как показало обследование этих случаев, иногда припадки появлялись впервые при отравлении, чаще же они наблюдались раньше. Отравления, производимые бензолом, нитробензолом и анилином, чаще всего имеют место на фабриках. Они дают дурное самочувствие, головные боли, рвоту, судорожные подергивания, затемнение сознания.

Как и при отравлении окисью углерода, вслед за более или менее значительным улучшением могут наступить очень тяжелые явления, иногда делириозное состояние. Характерен для этого отравления синевато-серый или даже синевато-черный цвет лица и особенно губ.

При отравлении нитробензолом выдыхаемый воздух пахнет горьким миндалем. Довольно характерное явление для отравлений этой группы — лимфоцитоз.

Отравление сероуглеродом нередко имеет место на химических фабриках, а также на фабриках калош и искусственной шелка. При острых отравлениях появляется головная боль, головокружение, тошнота, иногда развивается картина своеобразного опьянения со скачкой мыслей, склонностью к импульсивным актам, иногда состояния, похожие на маниакальные. Наблюдаются также расстройство дыхания, отрыжка гнилыми яйцами, рвота, синюха. Несмотря на тяжелую как будто картину все болезненные явления проходят обыкновенно без следа. Иногда отравление сопровождается появлением истерических припадков; при наличии соответствующей эндогении могут развиваться те или другие психозы. При хроническом отравлении могут наблюдаться невриты зрительного (ретробульбарный неврит) и слухового нервов, а также шизофреноподобный симптомокомплекс.

Большого внимания заслуживают отравления боевыми веществами. Большинство их при достаточной силе отравления быстро ведет к смерти, не давая каких-либо специальных симптомов со стороны нервной системы. Всегда однако нужно учитывать тяжелое травматизирующее действие на психику с возможностью реактивных изменений в случаях, более легких и вообще не кончающихся смер-

тью непосредственно после отравления. По своему действию боевые ОВ разделяются на следующие группы:

1. Удушающие (хлор, фосген, дифосген). Они дают конъюнктивит, жжение в носу и горле, спазм голосовой щели, чувство стеснения в груди, головокружение, шум в голове, в тяжелых случаях — кашель с кровью, головные боли, цианоз, отек легких.

2. Нарывные (иприт, люизит). После скрытого периода (до 12 часов и более) покраснение кожи, зуд, образование пузырей и язв, гнойное воспаление легких, инфаркты легких с омертвением отдельных долей.

3. Раздражающие (дифенилхлорарсин, дифенилцианарсин, адамсит) вызывают раздражение носа, глотки, трахеи, ощущение жажды, головную боль, ноющие боли в нижней челюсти, рвоту, невриты.

4. Отравляющие общего действия — окись углерода, синильная кислота.

5. Слезоточивые (хлорпикрин, бромбензилцианид, бромистый бензил, бромистый ацетон, хлорацетофенил). Картина отравления: жжение и резь в глазах, слезотечение, покраснение и опухание век с их судорожным сжатием. Лечение всех этих отравлений ведется в строгом соответствии с характером отравляющего вещества и с особенностями его действия.

29. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольные душевные расстройства принадлежат к числу частых заболеваний, имеющих большое значение по тяжести вызываемых изменений, в очень многих случаях приводящих к картине полной инвалидности личности. Особое положение алкогольных расстройств в ряду других психозов как в клиническом отношении, так и по серьезности последствий для нервно-психической сферы больных, подпавших под губительное действие алкоголя, определяется прежде всего тем, что в данном случае вредитель испокон веков вошел в обиход человечества под обманным обликом утешителя и друга, роль которого в действительности сводится к постепенному разрушению нервной системы и всего организма. Чтобы понять все трудности, которые стоят здесь перед врачом при лечении, нужно учесть особенности, характеризующие действие алкоголя вообще и влияние его на нервно-психическую сферу. Нужно учесть прежде всего тот факт, что здесь труднее, чем где бы то ни было, указать момент, с которого начинается психоз в собственном смысле. От легких изменений в психике при первом случайном и незначительном опьянении до картины неизлечимого слабоумия существуют все периоды, мало заметные в течение небольшого промежутка времени не только больному, но даже окружающим. Затем нужно принять во внимание, что в качестве экзогенного фактора алкоголь по существу должен считаться устранимым, но эта устранимость имеет место лишь в самой небольшой мере. По отношению к другим экзогенным причинам, инфекциям, профессиональным интоксикациям, перегрузке в работе, психической травматизации врач находится совершенно в иных условиях, так как в своей работе он может привлечь на помощь сознание и волю пациента. Если борьба по устранению из жизни перечисленных моментов и не всегда увенчивается полным успехом, то причина этого заключается в трудности изменения внешних условий, а не потому, что на пути к этому стоят какие-либо непреодолимые препятствия в личности больного. Между тем при алкоголизме дело обстоит совершенно иначе. Под влиянием алкоголя возникают в организме такие изменения, которые совершенно меняют установку на окружающее и уменьшают для человека возможность владеть положением и обстоятельствами. Роль алкоголя в этом отношении легко уяснить, если проанализировать, к каким

последствиям ведет отравление им в сложном комплексе процессов возбуждения и торможения, протекающих в нервной системе, причем алкоголь в смысле действия на нервную систему можно приравнять к другим наркотическим средствам. Первым и непосредственным результатом интоксикации является торможение тех мозговых функций, которые являются наиболее сложными и которые по общему правилу всегда страдают в первую очередь. Тормозящему действию прежде всего подвергаются задерживающие влияния, благодаря чему происходит облегченный переход возникающих в рефлекторной дуге возбуждений в сторону движения. Отсюда очень большая говорливость, свойственная состоянию опьянения, будет ли оно вызвано алкоголем или другими наркотиками. Так как торможению подвергаются более всего высшие психические процессы, то особенно страдает координирование отдельных действий с точки зрения ближайших и более отдаленных целей, чувство меры и такта; преобладающее значение получают низшие влечения, соответственно чему в разговоре и поведении на первый план выступает тенденция к подчеркиванию и отстаиванию своих интересов и желаний в ущерб другим, к получению возможно большего количества удовольствий, и притом преимущественно в смысле удовлетворения грубых инстинктов, среди которых половой занимает очень видное место. При таких условиях естественно, что речевое возбуждение весьма мало продуктивно и носит характер балагурства с стремлением к юмору, к неуместным и грубым шуткам. Такими же чертами окрашено и поведение больного, в котором очень много легкомыслия, цинизма и эротизма при общем увеличении импульсов к действию. Одновременно происходит торможение анализаторных функций с расстройством восприятия и усвоения — смысле замедления и затруднения, с понижением точности и неспособностью усвоения сложного комплекса впечатлений. Притупление общей чувствительности в связи с вышеизложенными моментами лежит в основе ничем не мотивированной веселости, эйфории. К числу явлений, зависящих в основе от торможения известных центров, нужно отнести и ускорение пульса и расширение кожных сосудов, дающие гиперемии, и субъективное чувство согревания при общем точно установленном понижении температуры тела. Интенсивность этих явлений идет параллельно количеству принятого алкоголя, возрастая вместе с ним и принимая все больше характер паралича. Больные в состоянии тяжелого опьянения своим бессмысленным поведением, резко выраженными расстройствами артикуляции, бессвязной речью, дрожанием языка и рук чрезвычайно близко напоминают страдающих прогрессивным параличом помешанных. При еще большей степени отравления, вследствие угнетения до полной остановки деятельности коры полушарий, наступает состояние тяжелой бесчувственности, а дальше парализуются и центры дыхания, кровообращения, и наступает смерть. Даже и резко выраженная картина изменений в нервно-психической сфере, если она была вызвана однократным алкогольным отравлением, может сгладиться без всякого остатка. Но при повторном действии алкоголизация ведет все к более тяжелым и стойким расстройствам, которые в известный период алкоголизма, ставшего хроническим, не исчезают вместе с прекращением действия яда и в лучшем случае только делаются менее интенсивны. В этом периоде приходится считаться не только с отравлением, но и его последствиями в виде дегенеративных явлений в нервных элементах, дающих в конце концов стойкие разрушения. Вследствие ослабления способности к сопротивлению те же дозы дают более резко выраженную картину отравления, причем изменяется самый тип реагирования на отравление: процессы возбуждения и торможения обнаруживают все большую тенденцию к иррадиации, в результате чего угнетение, свойственное опьянению, касается не только более высоко стоящих функций, но распространяется на всю кору, давая оглушение и затемнение сознания иногда с двигательным возбуждением — картину так называемого патологического опьянения. В дальнейшем вместе с большими дегенеративными изменениями во всех системах органов глубоко расстраивается обмен веществ, последствием чего является новое и все более значительное отравление организма. В результате развиваются явления, вызванные не непосредственно алкоголем как таковым, а токсинами, источником происхождения которых являются дегенеративные изменения в печени, почках, вообще во всем организме. Соответственно этому болезненные расстройства являются не столько алкогольными, сколько, так сказать,

металкогольшими. Таким образом нервная система находится под влиянием, с одной стороны, наркотика, с другой стороны—тех ядовитых продуктов, которые образуются в результате расстроенного обмена. Хотя последние образуются в самом организме, все же по отношению к нервной системе являются, как и алкогольное отравление, экзогенной. При известной силе отравляющего воздействия, которое в данном случае является комбинированным, развивается картина, по существу представляющая возбуждение психосенсорной сферы и клинически выражающаяся в делириозном состоянии, известном под именем белой горячки. Делирии являются типовой реакцией на отравление, так как более или менее одинаковы при различных интоксикациях (алкоголь, кокаин, веронал, индийская конопля), равно как и при инфекциях. Нужно думать, что в зависимости не столько от характера отравления, сколько от его интенсивности и большей или меньшей быстроты воздействия обнаруживается расстройство деятельности то одних, то других мозговых аппаратов, в зависимости от чего и происходит развертывание клинической картины. При белой горячке, равно как и при других делириях, приходится считаться главным образом с явлениями раздражения психосенсорной зоны, причем личность в целом не представляет изменений и сознание «я» как таковое не отпадает. В соответствии с этим картина делирия, возникающая в первый раз, обычно проходит, не оставляя после себя видимых последствий. При более длительном отравлении вместе с повторением делириозных реакций обычно выступает расстройство деятельности всех новых аппаратов ■ мозгу, вследствие чего изменяется ■ клиническая картина. Все отравления ведут к появлению в организме новых ощущений, которые в остром периоде зависят от непосредственного действия яда, ■ хронических—также от влияния продуктов обмена. Глубокие расстройства вегетативной нервной системы с появлением большого количества неприятных ощущений представляют постоянное явление при всех хронических отравлениях. Они изменяют самочувствие, меняют и восприятие окружающего. Доминирование неприятных ощущений вместе с свойственными всем отравлениям галлюцинаторными переживаниями легко может при известных условиях привести к неверным заключениям в оценке окружающих явлений, иными словами—к бредовым идеям; необходимая предпосылка к тому создается ослаблением деятельности корковых механизмов, которые вследствие длительного и интенсивного отравления понемногу разрушаются в самой основе. Пока корковые аппараты остаются на высоте, как бы ни были интенсивны различные неприятные ощущения и как бы ни были ярки галлюцинации, эти болезненные переживания остаются как бы локализованными, изолированными от остального содержания сознания и находят себе критическую оценку. Если же деятельность коры под влиянием отравления, ведущего к структурным изменениям в ней, все ослабляется, то наступает момент, когда ощущения и галлюцинации в связи с изменением самочувствия определяют собой интерпретацию окружающего, делая ее бредовой. Существуют различные механизмы бредообразования, каждый из которых более или менее типичен для определенной группы заболеваний. Несомненно можно говорить о катестезическом бредообразовании, в котором большую роль приходится приписывать изменению органических ощущений и который можно считать типичным для всех хронических отравлений. Особенно резкое поражение при этом центров вегетативной нервной системы имеет большое значение также для изменения личности. Последнее особенно отчетливо выступает при инфекционных заболеваниях и прежде всего при эпидемическом энцефалите, но в сущности те же явления приходится наблюдать и при отравлениях. Психические изменения после эпидемического энцефалита чрезвычайно близки к известным картинам психопатий, для которых принимается эндогенное происхождение. При эпидемическом энцефалите они объясняются возбуждением подкорковых узлов, вызванным инфекционным процессом, и нарушением контактов с корой, но такой же сдвиг имеет место и при отравлениях, например алкоголизме или кокаинизме, с той только разницей, что хотя акцент и здесь стоит на поражении центров вегетативной нервной системы, но затронута также и кора. Картина психической дегенерации, свойственная алкоголизму и вообще наркоманиям, также характеризуется усилением влечений низшего порядка, в особенности полового, подчеркиванием эгоистических тенденций, эгоистическими установками и ослаблением задержек; допускающим возможность и воровства,

и обман
ческой д
анализа
возмо
ничивае
общие
вании п
бые раз
соверше
средств
клиниче
опьянен
ных пс

К т
к хара
нитель
изведе
лицам
просле
просу
результ
интелл
сти и
много
тых в
общег
При э
более
вами
ние ас
преоб
говор
ние о
мнени
приме
шение
больн
гател
чего
дения
усиле
пляса
пить
а стр
могут
бы их
нения
во вв
време
ным
емой

и обмана, и насилия. Чем длительнее отравление, тем резче явления психической дегенерации и тем больше разрушения мозга и расстройства его как анализаторных, так и интегрирующих функций, равно как и все меньше возможность образования новых условных рефлексов. При этом дело не ограничивается только одним количественным нарушением, но и наблюдаются общие расстройства функционирования с характером упадка. При исследовании процессов возбуждения нередко оказывается, что сравнительно слабые раздражения дают очень сильный эффект, тогда как сильные остаются совершенно без результата. Изложенная схема действия наркотических средств и в частности алкоголя дает возможность легче усвоить отдельные клинические картины, развивающиеся на почве алкоголизма, именно острого опьянения, хронического алкоголизма, белой горячки и затяжных алкогольных психозов.

Состояние алкогольного опьянения (ebrietas)

К тому, что сообщено в предыдущем о действии алкоголя вообще, к характеристике алкогольного опьянения остается прибавить сравнительно немного. Очень большое количество исследований, произведенных как над алкоголиками в собственном смысле, так и над лицами, которым давалось определенное количество алкоголя с целью проследить его действие, дало возможность получить по этому вопросу исчерпывающие данные. В особенности ценными оказались результаты психологического эксперимента, выяснившего характер интеллектуальных изменений и их зависимость от продолжительности и интенсивности интоксикации. Зрительные восприятия очень много теряют в точности, причем уменьшается и количество воспринятых впечатлений. Усвоение также страдает в смысле замедления, общего затруднения и допущения значительного количества ошибок. При этом усвоенный материал удерживается в памяти сравнительно более короткое время. При чтении отрывков с пропущенными словами и слогами последние вставляются очень часто неверно. Течение ассоциаций как будто ускорено, но обращает на себя внимание преобладание ассоциаций по внешнему сходству; можно определенно говорить о большой легкости подыскивания рифм. Возможно появление отдельных галлюцинаций и иллюзий. Характерно повышенное мнение о себе с стремлением к хвастовству и выставлением себя как пример другим. Часто при этом проскальзывает подозрительное отношение к окружающим, иногда прямые обвинения, что они не отдадут должного, не понимают благородства его намерений. В двигательной сфере можно отметить ослабление задержек, в результате чего больные все время находятся в состоянии известного возбуждения. Они громко и быстро говорят, часто смеются, поют песни, усиленно жестикулируют, не сидят на месте, нередко принимаются плясать, требуют вина, приглашают пить других, иногда заставляют пить жену, детей. Они обычно не склонны оставаться у себя дома, а стремятся в общественные места, в пивные, вообще туда, где они могут найти себе собутыльников и собеседников, которые слушали бы их и понимали. Для уяснения психологии людей в состоянии опьянения помимо облегченного перехода к движению нужно принять во внимание также их эмоциональную сферу, которая находится все время в несколько приподнятом и неустойчивом состоянии. Основным является склонность к беспричинной веселости, иногда сменяемой довольно большой раздражительностью, изредка плаксивостью.

Характерен своеобразный юмор, склонность к грубым шуткам, причем предметом их нередко бывает сам больной. На общем фоне известного возбуждения очень обычны аффективные движения, взрывы очень большого возбуждения, иногда с агрессивностью и совершением актов жестокого насилия. Нападение на других может иметь место и без видимых проявлений аффекта в силу какой-то импульсивности. Помимо нападения на своего противника в споре в состоянии большого раздражения могут быть неожиданные и ничем не вызванные случаи агрессивности, иногда стремление нанести повреждения самому себе или даже покушение на самоубийство.

Сказанным относительно психопатологии опьянения объясняются и социальные установки алкоголика, опасность его как для себя, так и для других, характерные черты совершаемых им преступлений. Большая возбудимость и ослабление задерживающих влияний являются причинами того, что пьяные—самые частые нарушители тишины и порядка. Так как их инстинктивно как раз влечет из дома туда, где больше людей, то обычно оказывается, что громадное большинство случаев буйства и скандалов в общественных местах устраивается именно алкоголиками. Естественно также, что в состоянии опьянения особенно легко совершаются ничем не вызванные оскорбления словами и действиями лиц, часто совершенно незнакомых, нападения, причем нередко пускаются в ход ножи, совершенно не мотивированные убийства, битье стекол и словом все те действия, которые обозначаются именем хулиганства. Статистика разных стран указывает на определенные корреляции, которые существуют между опьянением и совершением разных преступлений. Весьма характерно, что наибольшее количество последних при прежней неделе совершалось по субботам и воскресеньям, т. е. в дни, когда опьянение бывает особенно сильно и часто. Следующим по частоте преступлений днем являлся понедельник. Это ясно видно из прилагаемой таблицы (рис. 96).

Аналогичные корреляции существуют между опьянением и такими преступлениями, как растраты, воровство, половое насилие. В зависимости от индивидуальности картина опьянения далеко не всегда одинакова. Чаще всего бывают только что описанные явления возбуждения, иногда довольно близко напоминающие маниакальные состояния; отличительными пунктами могут служить недостаток продуктивности, расстройство восприятия и усвоения при опьянении, а также дрожание. В некоторых случаях опьянения возбуждение бывает очень интенсивным с резко выраженной агрессивностью и общим оглушением, причем все явления, продолжающиеся несколько часов, обычно заканчиваются сном, а при пробуждении больной оказывается не в состоянии вспомнить, что с ним было во время опьянения. Принято обозначать такие состояния как патологическое опьянение. Иногда оно наступает сравнительно от небольшого количества спиртных напитков, что заставляет думать о наличии особого предрасположения. Опыт показывает, что особенно часто такие состояния бывают у эпилептиков, больных с травматическим неврозом, психопатов разного рода, иногда у лиц, перенесших тяжелую травму головы. Иногда наступлению такого патологического опьянения способствует сильная жара. В некоторых случаях при опьянении с са-

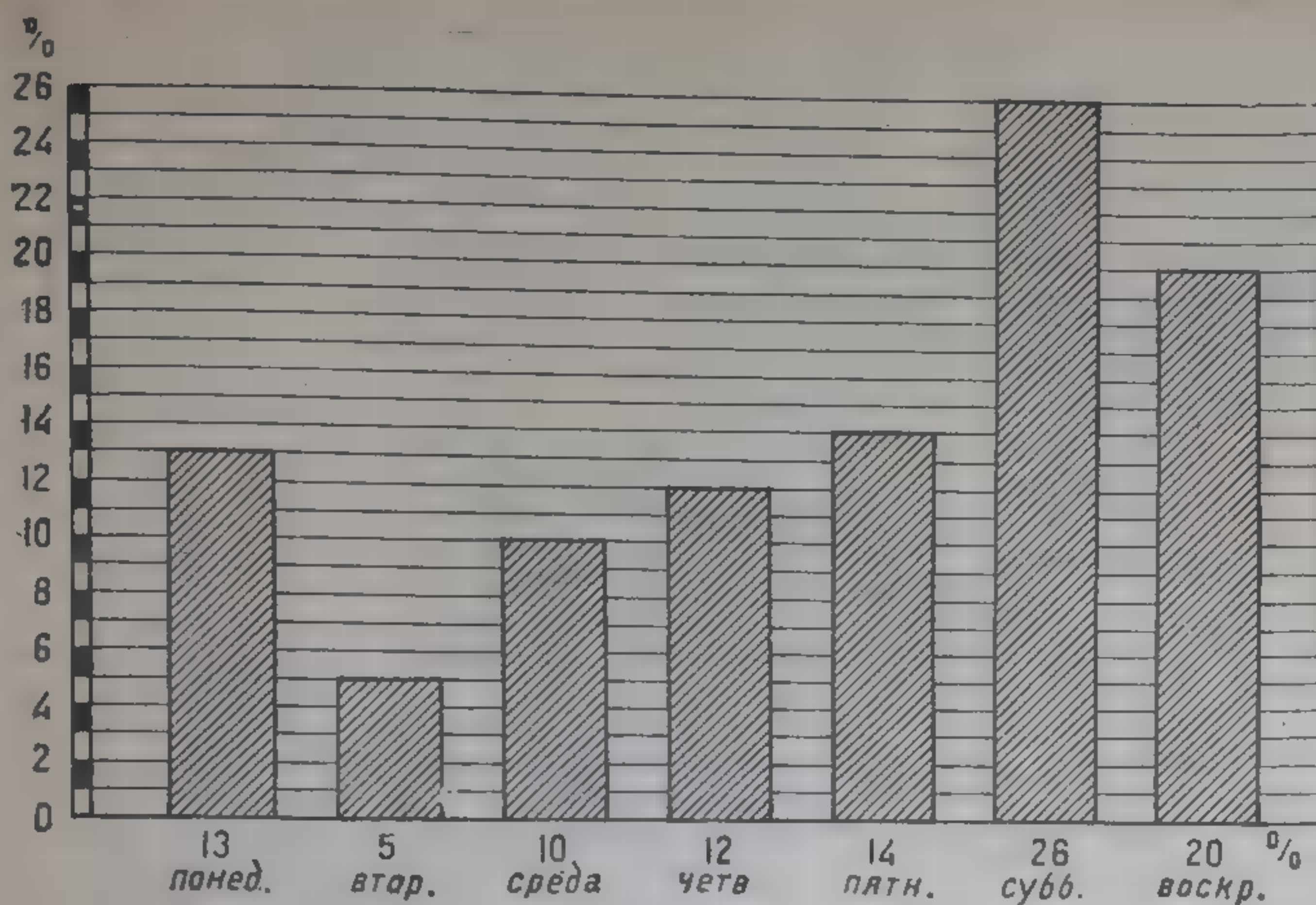


Рис. 96. Распределение числа хулиганских поступков по дням недели. Данные взяты из сборника «Наркология», под редакцией А. С. Шоломовича.

мого начала появляется оглушение, угнетение всех функций и сравнительно быстро наступает сон.

Опьянение само по себе, если в организме не произошло под влиянием длительного отравления каких-нибудь тяжелых дегенеративных изменений, проходит, в особенности после сна. При наличии изменений со стороны сердца и сосудов, в особенности, если количество выпитого очень велико, может наступить прямая опасность для жизни и даже смерть. Опасность особенно велика для старых субъектов, а также детей. Чрезвычайно также опасны отравления денатуратом (ханжой) и другими суррогатами. Нужно однако заметить, что часто встречаются лица, могущие как будто бы без особенных последствий для себя выпить сразу огромное количество спиртных напитков, несколько литров пива, 2 или 3 бутылки водки. Летальный исход может наступить и не вследствие опьянения как такового, а потому, что пьяный в гораздо большей степени, чем трезвый, подвергается опасности замерзнуть, утонуть, попасть под трамвай или автомобиль, может упасть откуда-нибудь с высоты.

Хронический алкоголизм

Влияние алкоголя на нервную систему при длительном употреблении носит в общем тот же характер, но отличается стойкостью и неустранимостью наступающих в конце концов изменений. Работоспособность падает все больше во всех отношениях, причем вначале устранение алкоголя дает восстановление прежнего состояния интеллекта, но в дальнейшем и при таких условиях общий уровень его оказывается пониженным. Крепелин по отношению к способности решать арифметические задачи доказал это и экспериментально (рис. 97).

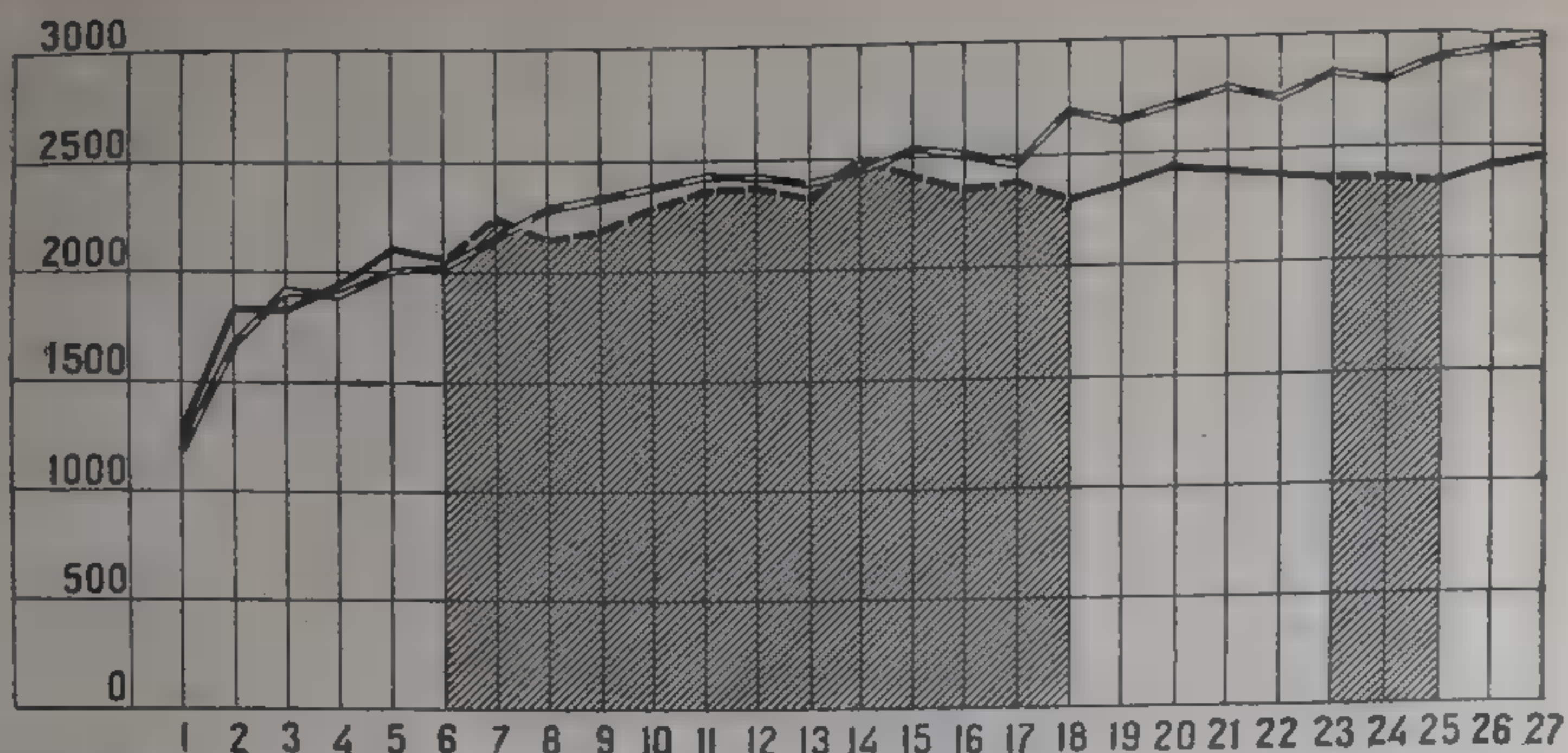


Рис. 97. Верхняя кривая показывает повышение продуктивности работы под влиянием упражнения, нижняя—понижение ее благодаря алкоголизации.

Отравление алкоголем, продолжающееся в течение 12 дней (темные столбцы), дает, хотя и не сразу, заметное понижение продуктивности интеллектуальной работы. В течение последующих 5 безалкогольных дней работоспособность восстанавливается, но далеко не до прежнего уровня. Следующий период отравления опять дает ее понижение.

При длительном отравлении алкоголем вследствие наступления в нервной системе деструктивных изменений происходит общее понижение интеллекта, соображения, критики, памяти и изменение всей психической личности. Эта психическая дегенерация алкоголиков характеризуется главным образом общим притуплением нравственного чувства, чрезвычайно резко выраженным эгоизмом с полным безразличием к интересам близких и к выполнению своих обязанностей. Больной все больше делается рабом своей привычки к вину и не может в конце концов без него обходиться. Чтобы удовлетворить потребность, которая становится непреодолимой, он пропивает все заработанные деньги, не оставляя часто ничего на содержание своей семьи. Очень часто дело не ограничивается этим, и пропивается все имущество, не исключая самых необходимых предметов, обуви и одежды. Доведя благодаря своему пьянству жену и детей до крайней нищеты, больной однако не склонен считать себя алкоголиком и не видит в своем поведении ничего особенного. Характерно в этом отношении, что всем алкоголикам свойственно преуменьшать размеры выпитого.

Типичны такого рода замечания больного, выпивающего громадное количество водки: он пьет, как все, он выпивает не больше того, что требуется для возбуждения аппетита и поддержания сил, он никогда не напивается до бесчувствия, нельзя же не выпивать по рюмочке, перед обедом и ужином или с товарищами. При этом в положении больного всегда оказываются обстоятельства, не только оправдывающие употребление спиртных напитков, но даже делающие его необходимым.

Чем бы ни занимался алкоголик, в его профессии всегда найдутся особые причины для того, чтобы пить: литейщик и кочегар дол-

жны пить потому, что работают «в самом пекле», ломовой извозчик должен пить, чтобы не замерзнуть, торговец и делец должны пить, чтобы иметь успех у своих клиентов, артист пьет для храбрости перед выходом на сцену, служитель анатомического театра, постоянно находясь среди трупов, должен пить вино, чтобы «промочить свою аорту», наконец и домашняя работница должна выпить «с устатку» свою полбутылочку, так как «только в этом ее утешение». То же самое относится ко времени года и погоде. Каковы бы они ни были, в них всегда найдется что-нибудь, делающее питье вина совершенно необходимым. Если же больной должен признаться, что он выпивает все-таки лишнее, то для этого всегда находится объяснение. Виноватыми оказываются или тяжелые обстоятельства, непомерная работа, неприятности, непонимание со стороны близких и прежде всего жены. Большое значение в психологии алкоголика имеют моменты, которые можно рассматривать как психическую реакцию на изменение положения его в трудовом коллективе и семье. Падение работоспособности вместе с частыми прогулами, естественно, ведет к уменьшению заработка, а иногда и к потере его. Алкоголик утрачивает свое прежнее положение, должен перейти к другим, хуже оплачиваемым видам труда и в конце концов остается без работы. Вышеуказанные особенности алкогольной психологии мешают больному видеть истинную причину разрушения своего материального благополучия и постепенного опускания на дно; он склонен винить в своих несчастиях окружающих. Естественные несогласия с женой с неизбежным расстройством прежних отношений часто вызывают озлобленное отношение к ней. При этом, так как обычная у алкоголиков импотентность ведет к нарушению брачных отношений, создается благоприятная почва для развития бреда ревности. Расхождению с женой способствует все более развивающееся ослабление нравственного чувства, беспорядочное поведение, частые измены, постоянные скандалы, устраиваемые в семье. В результате меняется совершенно весь прежний облик, и вместо уважаемого всеми работника и хорошего семьянина налицо оказывается человек, своим стремлением во что бы то ни стало утолить свою жажду к вину толкаемый на путь обмана, воровства, иногда насилия и грабежа, человек, который вследствие утраты своей связи с коллективом становится нередко нищим, бродягой и правонарушителем.

Очень часто алкоголики являются причиной того, что начинает пить не только жена, но и дети. Здесь прежде всего приходится считаться с влиянием дурного примера: иногда детям, начиная с малых лет, дают спиртные напитки «для здоровья», иногда отец-алкоголик даже заставляет пить детей силой.

В психиатрической клинике II ММИ было трое детей 10, 6 и 3 лет (рис. 98), которые все пили спиртные напитки, причем двое старших обнаружили все явления привыкания; у девочки 6 лет наблюдались также судорожные припадки.

Картина психических изменений на почве хронического алкоголизма, включая в себе много обязательного для всех случаев, может в значительной мере варьировать в зависимости от того, что на первый план выдвигаются то одни, то другие симптомы. В результате этого в рамках того же хронического алкоголизма могут получить-



Рис. 98. Три маленьких алкоголика

ния характера понемногу складывается убеждение в том, что жена ему изменяет, пользуясь отсутствием его из дому. Ему кажется, что она стала к нему как-то подозрительно холодна, получает какие-то письма, перешептывается с мужем соседки. На постели он часто находит какие-то странные пятна. Бредовые идеи держатся стойко, несмотря на то, что действительность не дает никаких оснований для каких-либо подозрений, причем от последних не спасает даже и престарелый возраст жены. Больной устанавливает слежку за ней, требует объяснений, грозит и нередко делает нападения. В дальнейшем обычно имеют место ступени бредовых идей и успокоение больного параллельно нарастанию явлений слабоумия.

В некоторых случаях больше всего обращают на себя внимание симптомы дементности вместе с неврологическими признаками, зависящими не столько от алкоголизма, сколько от присоединяющихся артериосклеротических изменений. При наличии неравномерности зрачков и ослабления световой реакции, расстройственной речи, дрожания языка и рук, повышения сухожильных рефлексов картина болезни может напоминать прогрессивный паралич помешанных. В таких случаях иногда говорят об алкогольном псевдопараличе. Конечно это

ся отдельные формы, представляющие известную самостоятельность. К числу их нужно отнести бред ревности алкоголиков и так называемый алкогольный псевдопаралич. Отдельные идеи ревности высказываются очень часто алкоголиками, но иногда они бывают чрезвычайно обильны, стойки и как бы исчерпывают собой всю картину болезни, отражаясь на всем поведении больного. Бред ревности отчасти питается соответствующими галлюцинациями, но в большей степени стоит в связи с общими изменениями психической личности алкоголиков. У больного на фоне известного ослабления интеллекта и измене-

только одна из разновидностей в течении хронического алкоголизма.

Очень часто дело не ограничивается описанными изменениями в психике, но развиваются различные явления, иногда носящие характер острых реакций, иногда же представляющие длительные психозы. В первую группу нужно отнести прежде всего судорожные припадки, которые развиваются при опьянении у хронических алкоголиков и на которые нужно смотреть как на судорожную форму реакции нервной системы на отравление. По своей форме они вполне соответствуют эпилептическим, так как сопровождаются полной потерей сознания, судорогами всего тела, нередко прикусыванием языка и упусканием мочи. Что это не эпилепсия в собственном смысле, нужно судить по тесной связи, которая существует между опьянением и припадками, последние появляются только при алкогольной интоксикации и вместе с ней исчезают. Сюда не относятся конечно те случаи, когда алкоголь способствует только выявлению эпилепсии, обусловленной в своем существе врожденными моментами и припадки которой могли бы появиться без всякого участия алкоголя. В этих случаях припадки хотя впервые и могут появиться под влиянием алкоголя, с прекращением пьянства не исчезают, а идут своим путем.

Так же нужно смотреть на явления, которые по своей структуре соответствуют истерическим. К этой группе явлений нужно отнести, кроме собственно припадков, приступы психического автоматизма или транса того же характера, что наблюдаются при эпилепсии и истерии. Пьяным свойственно покуражиться, показать всем что-то особенное. Характерно в этом отношении выражение: выпил на грош, а накуралесил на целый рубль. Пьяному свойственно порисоваться, пожаловаться на свою судьбу, пролить слезу или даже дать приступ судорожного плача ■ смеха. Этот комплекс явлений, который можно назвать пьяной истерией, обыкновенно наблюдается при опьянении у хронических алкоголиков, свидетельствуя о значительных нарушениях в эмоциональной устойчивости и во всем психическом функционировании.

Большое значение имеет белая горячка—*delirium tremens*, на которую также нужно смотреть как на реакцию, но только более сложную и вызываемую не одним только алкоголем, но и аутоинтоксикацией, свойственной всем хроническим алкоголикам. Так нужно думать потому, что она не развивается у алкоголиков в первые годы, как бы ни было велико количество выпиваемого, а обычно опускает целый ряд лет. Что это так, видно и из результатов некоторых исследований, которые указывают не только на глубокие расстройства обмена вообще у алкоголиков, но и на то, что именно перед началом белой горячки в нем происходят значительные сдвиги. Бострем показал, что в этом периоде ослабляется так называемая функциональная способность печени, играющей вообще большую роль в обезвреживании ядовитых веществ в организме.

Развитию белой горячки нередко способствуют различные, более или менее случайные моменты, травмы, в особенности травмы конечностей, острые инфекции, чаще всего пневмония, психическое потрясение. Нередко констатируется, что белая горячка развивается у алкоголика при заключении в тюрьму. Играет ли здесь роль внезапное



Рис. 99. Алкогольные зрительные галлюцинации.
По книге Prinzhorn, Bildnerei der Geisteskranken.

вают какие-то люди, в комнату входят все новые лица, иногда кажется, что кругом идет война, вспыхнул пожар ■ все горит, по воздуху летают аэропланы. Не столь постоянны галлюцинации слуха: слышатся крики, выстрелы, бранные слова, угрозы; голоса слышатся снаружи, с улицы, из-за стены, нередко из вентиляционных отверстий, из-под пола; часто кажется, что голоса идут от кого-либо из окружающих; характерно, что голоса обычно направлены к самому больному, т. е. говорят не про него, а прямо ему, например: «Эх, ты, скотина, в тюрьму тебя, что ты наделал, убирайся вон, все равно тебе не жить», и т. п. Большую роль играют галлюцинации осязания и общего чувства. Больному кажется, что по нему ползают насекомые, что его кусают собаки, что его хватают за ноги, колют его иглами, режут. Характерно также, что галлюцинации чаще всего бывают комбинированными, относящимися к различным органам чувств: очень часто больной переживает целые сцены. В связи с этим стоит очень существенный признак белой горячки—это чрезвычайная яркость галлюцинаций, носящих для больного характер полнейшей реальности. Это видно из эмоциональной реакции больного на галлюцинаторные переживания и из всего его поведения. Так как галлюцинации по своему содержанию большею частью носят неприятный для

прекращение алкоголя или психическая травматизация, остается не вполне ясным.

Развитию белой горячки предшествует период предвестников: за 2—3 дня до ее начала изменяется самочувствие, появляется общее беспокойство, неопределенные страхи, расстраивается сон. Развитие самой белой горячки характеризуется появлением массовых галлюцинаций, главным образом зрения. Больной видит около себя каких-то страшных людей, какие-то фигуры, красные лица, нечистую силу, зверей (рис. 99). Ему кажется, что около него шмыгают мыши, на постели ползают тараканы или какие-то другие насекомые, в окна заглядывают

больно
ной со
его зв
больно
язык;
охваче
даться
чтобы
каких
часто
какую
ном п
жется
у себя
лой г
и возм
путем
до хал
в испу
если е
силь, ч
содерж
образо
лефон
Ашаф
также
яблоко
жаний
■ люб

На
перез
ливое
рот, п
перех
повед
на то
с пост
громн
тылки
профе
связи
устрои
делает
болез
рячки
исход
ярко
прове
Пр
ца, у

больного характер, то чаще всего приходится наблюдать, что больной со страхом от чего-то отстраняется, убегает от преследующих его зверей, отвечает на чью-то брань, сам кому-то грозит. Иногда больному кажется, что его дразнят; какая-то рожа показывает ему язык; ему показывают какие-то смешные картины. Больной весь охвачен галлюцинаторными переживаниями, в чем заставляет убедиться самое беглое наблюдение; он встряхивает одеяло и простыню, чтобы удалить оттуда воображаемых насекомых, он ловит в воздухе каких-то птиц, отгоняет набрасывающуюся на него собаку. Очень часто бывает притом, что больной в своих галлюцинациях переживает какую-нибудь привычную для него ситуацию. Говорят об алкогольном профессиональном бреде в таких случаях, когда больному кажется, что он находится в трактире со своими собутыльниками или у себя на работе. Характерны также для галлюцинаций больных белой горячкой разнообразие и сменяемость переживаемых картин и возможность вызвать галлюцинации того или другого содержания путем соответствующего внушения. Если например, дотронувшись до халата больного, спросить его, что это по нем ползает, то обычно он в испуге отстраняется, точно действительно что-то начинает видеть; если ему дать рассматривать совершенно чистый лист бумаги и спросить, что он там видит, он называет различных животных или передает содержание картин, которые там видит (прием Рейнхардта). Равным образом, если дать больному телефонную трубку, даже лишенную телефонного шнура, он начинает все-таки разговор по телефону (прием Ашаффенбурга). На повышенной внушаемости отчасти основан также известный признак Липмана: при надавливании на глазные яблоки у больного появляются зрительные галлюцинации, содержание которых путем соответствующих вопросов можно направить в любую сторону.

Настроение больного всецело определяется галлюцинаторными переживаниями и именно поэтому постоянно меняется: оно то боязливое, то раздраженное, иногда повышенное и веселое или же, наоборот, плаксивое. Понятна также очень большая подвижность больных, переходящая нередко в состояние выраженного возбуждения. Все поведение при этом состоит из отдельных актов, является реакцией на то или другое галлюцинаторное переживание. Больной вскакивает с постели, куда-то стремится, перебирает постельные принадлежности, громко поет, хохочет, пляшет, наливает вино из воображаемой бутылки и пьет, производит те или другие действия, свойственные его профессии. К вечеру беспокойство обычно делается больше в ясной связи с усилением галлюцинаций, которые часто принимают особенно устрашающий характер. В таком состоянии возможны агрессивные поступки, разрушения, покушения на самоубийство. Все сказанное делает понятным, что ночь проходит без сна, с резким усилением всех болезненных явлений. К числу характерных признаков белой горячки нужно отнести дрожание рук, языка и всего тела, откуда и происходит латинское название болезни—*delirium tremens*. Особенно ярко выступает дрожание при попытках письма (рис. 100) или при проведении прямой линии (рис. 101).

При соматическом исследовании часто находят расширение сердца, учащенный пульс, белок в моче, иногда индикан и уробилин.

Антонович,
Нахичеванский, Вас. Сем.
10 таблица девиц
считъ здравую деви-
цу под.
Нарко Гнездовский
Домашнее хозяйство

Рис. 100. Почерк больного белой горячкой

Температура тела нередко бывает повышена на несколько десятых, а в некоторых случаях может доходить до 38 и даже до 40° (*delirium tremens febrile*).

В большинстве случаев болезнь через 3—4 дня, иногда несколько более, оканчивается выздоровлением. Обычно наступает сон, по пробуждении от которого больной оказывается спокойным, сознательным и свободным от галлюцинаций. Такой исход наступает даже в случаях, когда не прекращается употребление вина. Выздоровление может быть ускорено снотворными. Сравнительно редким, но возможным исходом является смерть, обычно наступающая от ослабления деятельности сердца.

В некоторых случаях, несмотря на прояснение сознания и исчезновение галлюцинаций, довольно долго, в течение нескольких дней или даже нескольких недель, могут высказываться отдельные бредовые идеи, являющиеся отражением галлюцинаторных переживаний. Такой резидуальный бред обычно понемногу ступшевывается. Бывают случаи, когда по истечении обычного срока не наступает выздоровления, а галлюцинации, хотя несколько и уменьшаются, но не проходят и продолжают долгое время. Вместе с тем наступает некоторая перемена в их характере, причем на первый план начинают выдвигаться галлюцинации слуха. В таких случаях говорят о затяжной белой горячке или применяют более употребительное обозначение — алкогольный галлюциноз (термин «галлюциноз» принадлежит Вернике). Нельзя однако думать, что речь идет только о более длительном течении тех же расстройств, так как имеется разница и в их структуре. Помимо галлюцинаций наблюдаются и бредовые идеи, главным образом преследования, почему Крепелин для этих случаев предлагает название алкогольное галлюцинаторное помешательство. Как и белой горячке, этому заболеванию могут предшествовать отдельные явления из чи-

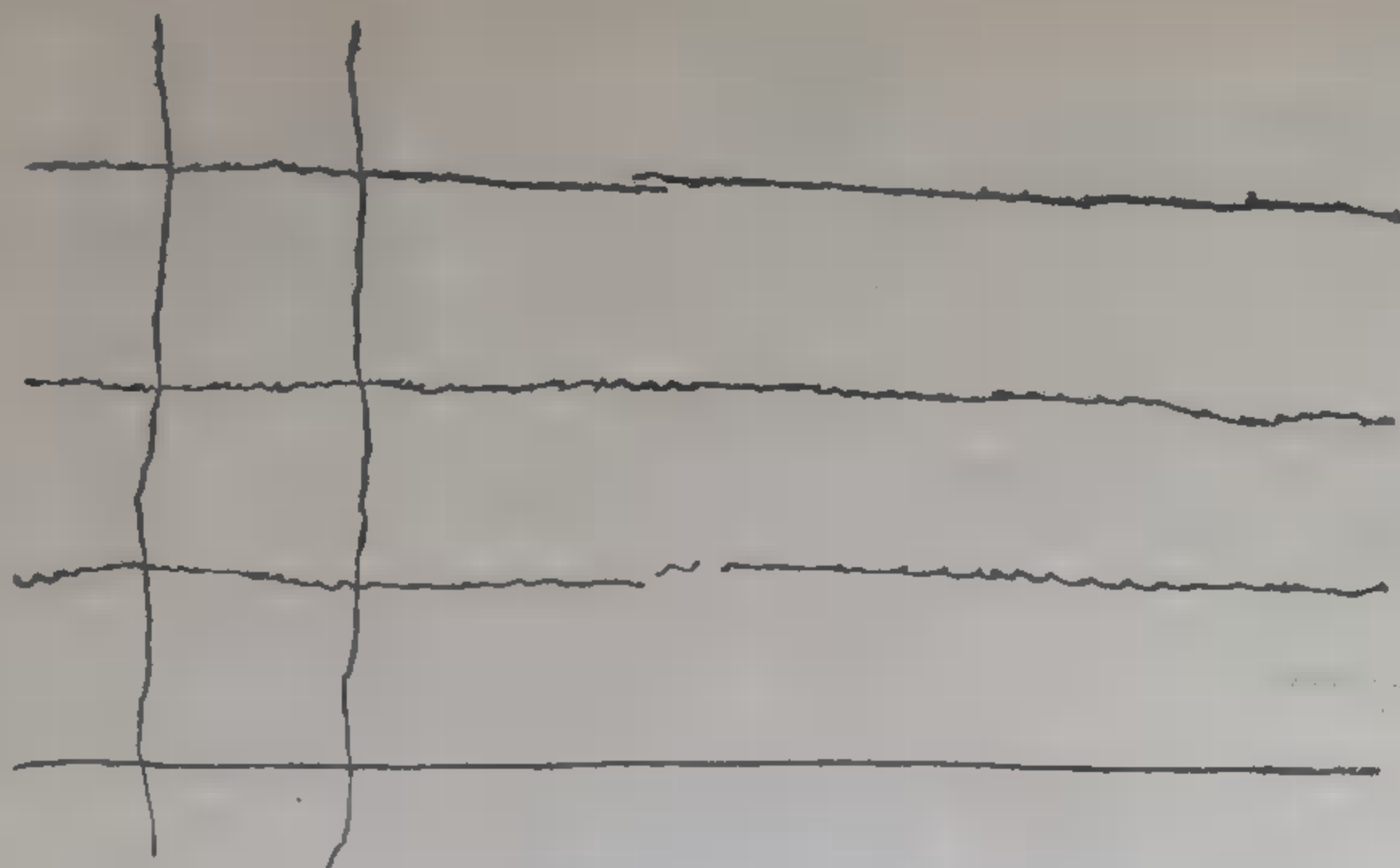


Рис. 101. Особенности дрожания больного белой горячкой. Нижняя линия проведена здоровым.

сла тех, что вообще наблюдаются у алкоголиков, именно общее беспокойство, отдельные галлюцинации.

Начало болезни не всегда острое. В картине заболевания на первом плане стоят галлюцинации, главным образом слуха. Больной слышит шум, крики, оружейную стрельбу, какие-то голоса, слышит разговор про себя каких-то лиц; иногда это диалоги, ■ которых обсуждаются все действия больного; большею частью его бранят, приписывают ему различные ошибки, допущенные ■ жизни; обвиняют его в различных преступлениях, голоса грозят ему убийством, заключением в тюрьму, иногда голоса обращаются непосредственно к нему: «Выходи, все равно от нас никуда не спрячешься, твой час настал» и т. п. Реже бывают зрительные и обонятельные галлюцинации: видятся какие-то фигуры, какие-то подозрительные лица, которые останавливаются перед окном, слышится неприятный запах. В содержании галлюцинаций преобладают неприятные для больного темы, но иногда он слышит и сочувственные ему голоса; например он слышит: «Его все-таки нужно пожалеть, беднягу, не все же он один виноват, он такой труженик». Бывает так, что между врагами и его защитниками происходят длинные дебаты; встречаются такие случаи, когда неприятные голоса слышатся с одной стороны или даже только одним ухом, например левым, а ободряющие—с другой. Больной, сохраняя ясность сознания и способность ориентировки в окружающем, начинает высказывать бредовые идеи преследования; он приходит к убеждению, что есть какие-то люди, которые преследуют его, хотят опозорить, обвинить в государственном преступлении, засудить его за воровство, в котором он не виноват. Бред связывается с кем-либо из окружающих или больной высказывает предположение о существовании какой-то шайки злоумышленников, контрреволюционеров, грабителей. Настроение больного часто тревожное, и это несомненно находится в связи с преобладающим характером галлюцинаций; иногда же оно носит печать того тяжелого грубого юмора, который свойственен вообще алкоголикам. Как при белой горячке, нередко бывает, что галлюцинации, напоминая собой кино, как бы имеют целью подсмеяться над больным, вышутить его, подразнить.

На поведение больного галлюцинаторные переживания оказывают влияние, но далеко не в той степени, как это бывает при белой горячке. В соответствии с этим больные не обнаруживают особенного беспокойства, но к ночи состояние как правило ухудшается, и сон бывает тревожный. Аппетит также расстраивается, в результате чего обычно наступает значительное падение в весе. Длительность алкогольного галлюциноза обычно измеряется неделями, реже—месяцами. Большей частью наблюдается выздоровление, которое наступает постепенно. В некоторых случаях, хотя острые явления болезни стихают, и галлюцинации становятся менее интенсивны, все же выздоровление не наступает, и все больше развиваются симптомы слабоумия. Иногда говорят при этом о галлюцинаторном слабоумии пьяниц.

От алкогольного галлюциноза не легко отграничить близко стоящую к нему форму алкогольного расстройства—алкогольную паранойю, или параноидную форму алкогольного помешательства. В этих случаях с самого начала на первый план выдвигаются бредовые идеи преследования, содержание которых черпается главным образом из галлюцинаторных переживаний. Иногда при этом наблюдается склонность к систематизации, и нередко выступает особая фантастичность бреда. Больного ■ течение 3 дней мучают всевозможными способами; в подвале убито несколько миллионов людей, для того чтобы наделать из человеческого мяса колбас; больному привили сифилис, ■ пищу кладут ему различные яды; на него действуют электрическим током. Идеи преследования перемешиваются с бредом величия. Больной назначен первым правителем, он будет управлять пятью земными шарами, должен получить колоссальное наследство, жениться на знаменитой красавице. Сознание ■ ориентировка более или менее сохраняются. Такое состояние может длиться годами, причем не исключается возможность настолько значительного улучшения, что больной может быть выписан в семью ■ даже заниматься какой-либо работой. В других случаях все явления остаются стационарными в течение долгого ряда лет, после чего развивается ясно выраженная картина слабоумия. Эти случаи во многих отношениях близко стоят к параноидной форме шизофрении, что впрочем можно сказать относительно хронического алкогольного галлюциноза вообще. В особенности нелегко отграничение от тех случаев шизофрении, которые начинаются картиной белой горячки, причем в дальнейшем вместе со ступениванием собственно алкогольных симптомов все больше вырисовывается картина шизофрении. Блейлер вообще думает, что приблизительно 10% всех алкогольных психозов имеют шизофреническую основу. Но несомненно существование затяжных алкогольных психозов, в том числе и со сложным бредом преследования, не имеющих никакого отношения к шизофрении. Все же нужно отметить, что в генезе алкогольных расстройств помимо отравления и самоотравления играют роль и другие моменты. Иначе нечем было бы объяснить, почему в одних случаях, как бы ни было продолжительно злоупотребление спиртными напитками, всю жизнь не наблюдается белой горячки, ■ дело ограничивается только явлениями хронического алкоголизма. Должны быть также какие-нибудь причины, почему в одних случаях белая горячка, хотя бы повторялась в течение жизни десятки раз, всегда заканчивается выздоровлением, в других же сразу принимает затяжной характер, а в третьих—развивается картина параноидного бреда.

Если возможны комбинированные формы с шизофренией, то, естественно, нужно думать, что может иметь место комбинирование алкогольных симптомов с явлениями, относящимися к какому-нибудь другому заболеванию, причем может измениться и самое течение алкогольного психоза. Шотцен относительно происхождения алкогольного галлюциноза думает об участии особого дегенеративного предрасположения и возможности комбинирования алкогольных расстройств с истерией и артериосклерозом. Гольдштейн большое значение приписывает тому же артериосклерозу и позднему возрасту, Бонгеффер предполагает наличие особого параноидного предрасположения. В частности для объяснения, почему в одних случаях

развивается белая горячка, а в других—хронический алкоголизм, он высказывает предположение, что последний развивается у таких алкоголиков, у которых в силу особенностей врожденного склада преимущественную роль играют слуховые, а не зрительные представления. Несомненно нужно думать об известном значении конституциональных моментов, но в конце концов вопрос остается невыясненным.

Корсаковский психоз

Под именем корсаковского психоза известны психические изменения, описанные в 1887 г. С. С. Корсаковым и наблюдающиеся в сочетании с полиневритом, чаще всего на алкогольной почве. Болезнь развивается как правило в среднем или даже пожилом возрасте обычно на фоне некоторых изменений, вызванных алкоголизмом. Поздний возраст очень многих больных и наличие алкоголизма в анамнезе делают понятным то обстоятельство, что развитию собственно корсаковского психоза предшествуют симптомы церебрального артериосклероза, которые естественно сохраняются и после, перемешаясь с симптомами вновь возникающего заболевания. Возможны также сочетания корсаковского психоза, как такового, с явлениями других заболеваний также алкогольного происхождения, а именно: с верниковским полиоэнцефалитом, с белой горячкой, судорожными припадками. Все эти явления не относятся конечно, к корсаковскому психозу, а характеризуют собой почву, на которой он развивается. В некоторых случаях определенную роль в этиологии корсаковского психоза играет не алкоголь, ■ разного рода инфекции. Чаще всего приходится иметь дело с брюшным тифом, иногда с рожей, послеродовыми инфекциями. Описаны случаи, в которых болезненные расстройства развились после инфлуенцы, холеры, дизентерии, а также в связи с туберкулезом. Перенесенная ■ недавнем прошлом эпидемия сыпного тифа показала, что и эта инфекция может иметь большое значение в данном случае. Кроме инфекций, этиологическое значение могут иметь болезни обмена: диабет, желтуха, а также кишечные расстройства, тяжелые запоры и различные отравления, кроме алкоголя, именно отравление мышьяком, свинцом.

Что касается пола, то при инфекционной этиологии развитие корсаковского психоза наблюдается очень часто и у женщин, но несомненно, что более тяжелые формы, в особенности с алкогольной этиологией и с большим или меньшим участием церебрального артериосклероза, преимущественно наблюдаются у мужчин.

Типичные изменения в психической сфере развиваются быстро, иногда сразу, по выражению проф. В. К. Рота—инсультобразно. Самое характерное заключается в своеобразном расстройстве памяти, поражающем только недавние, текущие события, которые забываются почти моментально. Психология таких больных и определяется главным образом этим моментом, а также наличием ретроградной амнезии, выпадением из памяти более или менее значительного периода времени, предшествовавшего началу болезни.

Вследствие указанных расстройств у больного утрачивается связь с его прошлым, в его психических переживаниях нет никакой преемственности, и каждое явление, хотя бы и имело место несколько минут назад, представляется совершенно новым. Больной не узнает

и не может назвать имен окружающих, хотя бы видел их очень часто в течение дня; один наш пациент жаловался, что перед глазами у него проходит калейдоскоп, так как являются все новые и новые лица. Больной не помнит ничего из того, что он только что говорил или делал, не говоря уже о том, что было накануне или несколько дней назад. Больные помногу раз обращаются с одними и теми же вопросами или замечаниями. Выслушав ответ, они чувствуют на некоторое время удовлетворение, но через несколько минут опять спрашивают о том же. Они могут целыми неделями читать одну и ту же страницу в книге, причем может случиться так, что, прочитав одну строчку и переходя к следующей, забывают уже содержание предыдущей и опять начинают читать ее сначала. Этим дефектом памяти объясняются характерные расстройства ориентировки в пространстве и времени. Сознание личности всегда сохраняется в более или менее полной мере. До известного периода, связанного с началом болезни, сохраняется непрерывность переживаний и точная локализация во времени всех событий в жизни больного. Что касается всего относящегося к периоду болезни и к настоящему, то здесь больной совершенно беспомощен. В окружающем больной ориентируется главным образом по догадке. Если больной помещен в больницу, он обычно быстро догадывается, что имеет дело с врачом и вообще медицинским персоналом. На вопрос, где больной находится, он чаще всего указывает какое-нибудь больничное учреждение, знакомое ему по прежнему опыту. Расстройство ориентировки во времени носит такой же амнестический характер. Хорошо помня все, что было до начала болезни или до того периода, с которого начинается ретроградная амнезия, больной обычно на вопрос, какой теперь год, указывает год, относящийся к началу этого периода. Что касается времени года, то здесь ориентировка происходит по догадке, по состоянию растительности, наличности снега и пр. Даты для больного представляют больше всего затруднений даже в периоде выздоровления. Сам С.С. Корсаков обратил однако внимание, что больные этого рода поражают своей большой догадливостью. Не имея возможности ■ точности ответить на вопрос о чем-либо, например об имени кого-либо из окружающих, о каком-либо факте, имевшем место совсем недавно, больные часто робко в виде предположения называют не первое попавшееся имя, а именно то, которое требуется или очень близкое к нему. Это несомненно объясняется тем, что несмотря на видимо моментальное забывание всех новых впечатлений, следы их сохраняются долгое время. С чисто клинической стороны это видно прежде всего из того, что так называемое воспризнание сохраняется сравнительно недурно (Л. М. Розенштейн). Например если больного просят вспомнить имя лечащего врача или кого-либо из окружающих, он обычно не в состоянии назвать требуемое имя, но если ему при этом перечисляют различные имена и между ними вставят то, которое нужно, больному часто безошибочно его указывает. Это явление становится в своей сущности еще более ясным при освещении его экспериментально-психологической стороны. Всякое новое впечатление забывается вообще с очень большой быстротой, но до известной степени возможно заучивание, результаты которого, хотя сохраняются очень короткое время, но все же несомненны. Так путем долгих усилий при многократных

повторениях возможно заучивание и безошибочное повторение ряда слов и бессмысленных слогов. Из этого ряда больной не только на следующий день, но уже через час или даже несколько минут обычно не в состоянии воспроизвести ни одного слова или слога. В то же время, как показали исследования А. Грегора и М. А. Захарченко, новое заучивание того же ряда оказывается более легким. Это видно из того, что для безошибочного воспроизведения нужно меньшее количество повторений. Таким путем можно доказать, что следы воспоминаний сохраняются в течение многих месяцев. Отдельные новые впечатления, какие-либо отдельные факты или происшествя иногда сразу и надолго запечатлеваются в памяти, как бы застревают в ней.

Эта особенность, равно как и вообще неровность в состоянии интеллектуального функционирования и неодинаковые результаты исследования памяти иногда с неожиданно хорошими ответами объясняются тем, что в генезе явлений играет роль не одна только слабость следов впечатления. Грюнталь обратил внимание на одну особенность, свойственную не только корсаковскому психозу, но как раз при нем накладывающую определенный отпечаток на психическое функционирование. Именно он установил понятие **расстройства установки**. В некоторых случаях с более или менее ясным органическим характером расстройств наблюдается, что больной не сразу может перейти к новому кругу представлений от того, которым было занято его внимание перед этим, и должен как бы сначала приспособиться. Вследствие этого степень расстройства способности репродукции резко колеблется в зависимости от общей ситуации и от того, на что данный момент обращено внимание больного, а также от его эмоционального состояния.

Вообще в исследованиях последнего времени, касающихся корсаковского психоза, наблюдается явное стремление уйти от прежних концепций. Раньше основное расстройство видели в области памяти, причем психика в целом считалась не пораженной. Несомненно это стояло в связи с характерными для прежнего времени взглядами на психику как на сумму различных изолированных способностей, тогда как теперь говорят о целостной психической личности, в которой отдельные способности находятся в органической связи со всем остальным достоянием психики. В соответствии с этим самое существенное в корсаковском психозе теперь видят не в памяти как таковой, а в изменениях психики в целом. Как установил Бюргер, при экспериментальном исследовании больные могут восстанавливать в изучаемом материале только простые отношения. Бюргер—Принц и Кайла самое существенное видят в расстройствах мышления именно в расстройствах синтеза, в снижении основного фона, в безличности пациента, в пассивности и параличе витального слоя. Они же говорят о расстройстве чувства протекания и параличе витального слоя. Они же говорят о расстройстве чувства протекания и параличе витального слоя. Они же говорят о расстройстве чувства протекания и параличе витального слоя. Этому явлению ван-дер Хорст склонен приписывать особенно большое значение. По его мнению содержание переживаний не забывается, и амнезия сводится главным образом к порядку во времени.

Для характеристики психики больных этого рода имеет значение **наличность псевдореминисценций и конфабуляций**. Вместе с забыванием действительных фактов наблюдается, что больные нередко рассказывают о каком-нибудь событии, в действительности не имевшем места, как о чем-то бывшем недавно или только что. По существу здесь дело идет обычно о каких-нибудь реальных событиях, случившихся много раньше, но большею частью не совсем в такой форме, как передается больным. Пациент, много месяцев вследствие параличей ног не оставляющий постели, рассказывает, что он накануне уезжал по делам или что у него были посетители, принесли гостинцы, чего в действительности совсем не было. При очень близких к псевдореминисценциям конфабуляциях не удается установить роли воспоминаний, хотя бы и в искаженном виде, так что на них приходится смотреть как на продукты чистой фантазии. Содержание конфабуляций не носит в себе ничего фантастического, невозможного, принимая во внимание условия жизни больного до его болезни, и этим они отличаются от аналогичных расстройств при параличе помешанных и других психозах.

органической группы. Вообще же самый феномен ложных воспоминаний и конфабуляций можно рассматривать как инстинктивное стремление восполнить чем-нибудь пробелы памяти, пустые места, ничем не заполненные периоды в воспоминаниях больного. Дело в том, что для самих больных их дефекты памяти не только очень заметны, но нередко, в периоде выздоровления или улучшения, очень тягостны. Они стараются всячески сколько-нибудь оказаться на высоте положения, заучивают имена окружающих, записывают на бумажке, отвечают уклончиво, сами задают наводящие вопросы. При всем том они постоянно чувствуют свою недостаточность, так как и верно отвечая на вопрос, не уверены, не сделали ли они грубой ошибки и не выдали ли окончательно себя и свою беспамятность. При таких условиях психологически понятно заполнение пробелов памяти ложными воспоминаниями и вымыслами, так как оно восстанавливает хотя бы фиктивно преемственность переживаний больного, необходимую для единства и цельности его личности.

Большую роль в возникновении ложных воспоминаний и конфабуляций, которые в конце концов трудно дифференцировать друг от друга, играют некоторые другие особенности психики такого рода больных, на которые обратил внимание Пик. Ему принадлежит мысль о «неактуализировании противоположного значения», благодаря которому уживаются в сознании, не оказывая влияния, конкурирующие и противоположные представления. У больного нет преемственности переживаний, нет связи с прошлым. Поэтому всплывающие образы прежних переживаний не вступают в связь с другими образами и остаются отрывочными.

Имея в виду условия развития корсаковского психоза, именно то, что он наблюдается обычно у алкоголиков, может быть с артериосклеротическими наслоениями или в связи с инфекциями, нередко оставляющими состояние психической слабости, естественно, что интеллект таких больных не может считаться вполне сохраненным. Известное погрубение психики, некоторое ослабление психического тонуса могут быть констатированы в более или менее ясной форме. Они однако отступают далеко на задний план сравнительно с расстройством памяти. Если в интеллекте и могут быть подмечены известные недочеты, то несомненно, что они носят характер не большого количественного ослабления; не наблюдается каких-либо качественных сдвигов личности в целом, или, как говорят, ядро личности не претерпевает изменений. Во многих случаях, где не нужно прибегать к услугам памяти, когда все элементы, необходимые для правильного решения задания, налицо, больные в состоянии вполне справиться с положением; например они могут делать на бумаге сложные вычисления, играть в шахматы, даже вести несложные дела. В полной мере сохраняются прежние интересы, эмоциональные привязанности, чувство долга по отношению к близким. Всегда налицо, как мы видели выше, сознание своей болезни.

Принимая во внимание этиологию заболевания, вполне понятно, что течение его далеко не всегда благоприятно. Большинство случаев, описанных самим С. С. Корсаковым, хотя сопровождалось более или менее значительной ремиссией, не дало выздоровления в собственном смысле. Кауфман в работе, посвященной вопросу об излечимости корсаковского психоза, высказывается в этом отношении довольно скептически. Улучшение психических симптомов и главным образом памяти идет параллельно улучшению явлений полиневрита. Это лучше всего говорит о том, что в основе изменений того или другого порядка лежит что-то общее, обозначенное проф. Корсаковым как токсемия. Но могут быть и совсем легкие формы, допускающие полное восстановление прежнего психического уровня.

Соматические и неврологические данные у больных с алкогольными расстройствами

Длительное отравление алкоголем ведет к тяжелым изменениям во всех системах органов, из которых более всего страдает печень и сердечно-сосудистая система. Уже давно известна картина атрофического цирроза печени, развивающаяся на почве хронического алкоголизма, но нередки и явления более острого характера,

главным образом в смысле катаральной желтухи. Цирротические изменения нередко также и в почках, равно как и в других железистых органах. Со стороны сердца постоянное явление — картина миокардита. Также обычными нужно считать более или менее выраженные симптомы склероза сосудов, зависящего по видимому не только от непосредственного действия алкоголя, но и от тех ядовитых продуктов, которые развиваются в результате расстроенного обмена.

Со стороны черепных нервов наиболее тяжелыми изменениями нужно считать перерождение зрительных нервов, развивающееся в особенности при отравлении суррогатами и ведущее к ослаблению зрения.

Возможна также неравномерность зрачков, ослабление реакции, равно как аналогичные расстройства со стороны других черепных нервов. Заслуживает внимания возможность развития картины верниковского полиоэнцефалита. Очень часты вазомоторные расстройства, покраснение лица и в особенности носа, дрожание языка и рук, симптом Кенко. Большое значение имеют частые изменения периферических нервов; особенно часто наблюдаются более легкие формы полиневрита, который обычно протекает с более или менее значительными болями. В отдельных случаях, в особенности в сочетании с корсаковским психозом, могут наблюдаться и тяжелые формы с параличами конечностей, особенно нижних, угасанием рефлексов и т. д. Нужно иметь в виду, что у алкоголиков периферические параличи легко наступают от таких механических причин, как связывание или лежание с подвернутой под туловище рукой (рис. 102).

Распознавание алкогольных расстройств большей частью не представляет затруднений. Картина опьянения диагностируется уже по запаху алкоголя, но в особенности по шумному, беспорядочному поведению, заплетающейся речи, напоминающей иногда паралитические расстройства. Что касается белой горячки, то само по себе



Рис. 102. Паралич левого лучевого нерва после связывания алкоголика



Рис. 102. Паралич левого лучевого нерва после
связывания алкоголика



Рис. 102. Паралич левого лучевого нерва после
связывания алкоголика

делириозное состояние так характерно, что едва ли возможно его смешать с чем-либо еще, но приходится считаться с тем, что приблизительно одинаковая картина наблюдается при отравлениях разного рода. Если обратить внимание, что имеются особенности, свойственные, с одной стороны, белой горячке, с другой отравлениям—кокаином, хлоралом и другим, то можно сделать верное распознавание, не зная полностью анамнеза. Иногда может встать вопрос об отграничении белой горячки от инфекционных делириев. В случае бреда ревности очень важно точное решение вопроса, не имеется ли налицо какого-нибудь другого заболевания (шизофрения, пресенильный психоз), с которым наблюдающиеся бредовые идеи можно поставить в более определенную связь, чем с алкоголизмом. При состоянии слабоумия всегда нужно исключить возможность других органических заболеваний, протекающих в комбинации с алкоголизмом. То же нужно сказать о корсаковском психозе, так как резкое расстройство памяти до известной степени с такими же особенностями наблюдается при целом ряде органических заболеваний, при отравлении окисью углерода и т. д. Во всех этих случаях однако расстройство памяти не так избирательно относится только к текущим событиям, и кроме того всегда налицо различные явления, например слабоумие, не наблюдающиеся при корсаковском психозе.

Патологическая анатомия

Изменения в нервной системе при хроническом алкоголизме носят частью воспалительный, частью дегенеративный характер. Довольно часто наблюдается лептоменингит, преимущественно выраженный с выпуклой стороны, иногда больше всего вдоль сосудов; нередко гиперемия и явления отека. Не особенную редкость представляет геморагический пахименингит. Со стороны самого мозга в случаях большой длительности, особенно ближе к пожилому возрасту, часто можно констатировать уменьшение веса и объема, стоящее в связи с атрофическими процессами. К макроскопической картине относится также склероз сосудов основания и более или менее ограниченные кровоизлияния в различных местах, преимущественно в области основных ганглиев и центрального серого полостного вещества.

Под микроскопом всегда можно отметить более или менее выраженные хронические изменения нервных элементов, склеротические процессы в нервных клетках, увеличение в них количества липофусцина. Часто также можно видеть выпадение известного количества клеток, иногда в виде островков, соответствующих областям наиболее пораженных сосудов. Такая же убыль наблюдается и относительно нервных волокон.

Изменения при белой горячке тесно примыкают к картине хронического алкоголизма, на почве которого она и развивается. В сущности они представляют максимум того, что может быть при алкоголизме, и до известной степени могут быть рассматриваемы как их усиление и обострение. Гиперемия и явления отека здесь более выражены и более постоянны, равно как и мелкие, иногда точечные кровоизлияния. При микроскопическом исследовании в нервных клетках—хроматолиз, разбухание. Изменения нервных волокон носят более острый характер. Болгеффер наиболее выраженное перерождение констатировал в радиальных пучках центральных извилин, а также в разных местах белого вещества.

Изменения при полиневритическом психозе или корсаковской болезни не представляют ничего принципиально нового сравнительно с только что изложенным.

При этой болезни приходится говорить о распространенной дегенерации и гибели нервной ткани от больших полушарий мозга до периферических нервов. В последних при расщипывании окрашенных в 1% осмиевой кислотой тонких кусочков констатируются неровность, распадение на глыбки,

местами полное исчезновение миелиновых оболочек. Перерождение нервов обычно сильнее выражено в области нижних конечностей и достигает своего максимума в дистальных отделах. Такие изменения в блуждающем ■ грудобрюшном нервах могут привести к симптомам, угрожающим жизни.

Лечение

Состояние опьянения само по себе не требует особого лечения. Однако ввиду опасности для сердца могут иногда быть необходимы такие средства, как нюхание нашатырного спирта, строфант или впрыскивание кофеина или камфоры. Более активное вмешательство требуется при белой горячке, так как здесь налицо явления расширения сердца или другие признаки его слабости, нередко делающие показанным применение дигиталиса. Для купирования самого делирия очень полезны снотворные, именно веронал, трионал 0,5—1,0, паральдегид (2,0—3,0 с *mucilago gummi arabici*), хлоралгидрат 2,0—3,0 и даже до 5,0 в растворе в воде или молоке. При лечении хронического алкоголизма проводится укрепляющее лечение, впрыскивание стрихнина, мышьяка, ведется психотерапия в виде гипноза или бесед суггестивного или санпросветительного характера. Очень существенным является, чтобы алкоголик после выписки не только находился под врачебным наблюдением, желательно в диспансерном порядке, но и был объектом постоянного попечения со стороны окружающих. Так как родственники обычно не пользуются авторитетом в глазах алкоголика, необходима помощь со стороны товарищей по работе, фаб- и завкомов. Вообще здесь очень важна роль общественности (организация общественного мнения, товарищеский суд и пр.). Подробное изложение этой проблемы не входит в задачу руководства.

30. МОРФИНИЗМ, КОКАИНИЗМ, ОПИОФАГИЯ ■ ДРУГИЕ НАРКОМАНИИ

К действию алкоголя может быть приравнено влияние таких веществ, как морфий, опий, кокаин, гашиш и некоторые другие. Их роль в организме и в частности в нервной системе соответствует той схеме, которая была дана для алкоголя, но каждому из перечисленных наркотических веществ соответствуют свои особенности, почему действие каждого из них заслуживает особого описания.

Кокаинизм

Влияние кокаина во многих отношениях может быть приравнено к алкоголю. Впервые он был предложен как лекарственное вещество, могущее помочь при лечении морфинизма. Скоро однако оказалось, что он сам по себе дает картину привыкания и не менее тяжелые изменения в психической сфере. Наиболее обычной формой применения его является нюхание раствора его или порошка. Легкая степень отравления им повышает самочувствие, вызывает говорливость, оживленную жестикуляцию, суетливость с субъективным ощущением ускорения и оживления течения представлений; часто при этом окружающие предметы становятся как-то особенно реальны, причем все — и в том числе и мысли больного — приобретает в его самочувствии

особый интерес и значительность. Объективно констатируется покраснение лица, расширение зрачков, учащение пульса, дрожание. Через некоторое время эйфория сменяется плохим самочувствием с физической слабостью и чувством страха. При повторном отравлении кокаином быстро развивается привыкание, заставляющее прибегать все к большим дозам, и иногда дело доходит до 8,0—10,0 в день. При этом сравнительно быстро развивается картина большого физического истощения и психическая дегенерация, более тяжелая, чем при алкоголизме: ослабляется питание, расстраивается сон, появляются различные неприятные ощущения, иногда галлюцинации. Особенно характерны своеобразные галлюцинации осязания и общего чувства. Больному кажется, что в коже и подкожной клетчатке есть что-то постороннее. Большею частью кажется, что в коже имеются насекомые или черви, движения которых вызывают сильный зуд. Одна больная не могла отрешиться от мысли, что на голове и в коже головы у нее масса насекомых: ей хотелось расчесывать и расцарапывать свою кожу, чтобы извлечь их оттуда. Иногда ей казалось, что они сыплются у нее из головы. Ощущение зуда в коже и ползание мурашек очень характерный признак кокаинизма, описанный впервые Маньяном.

Психическая дегенерация кокаинистов характеризуется ослаблением памяти и других интеллектуальных способностей, но в особенности ослаблением задерживающих влияний. Поведение их становится суевливым и беспорядочным. Они много говорят, много едят, усиленно жестикулируют. Очень заметно бывает ослабление чувства долга; больные запускают свои дела, не выполняют своих обязанностей, перестают заботиться о своих близких. Для добывания наркотика, который становится все более необходимым, кокаинисты часто тратят все средства, лишают семью самого необходимого, продают самые необходимые вещи, занимают везде где можно деньги, не останавливаются перед воровством и другими преступлениями. У кокаинистов часто развиваются гомосексуальные наклонности. В общем довольно быстро наблюдается опускание больных, психическое огрубение. Они перестают следить даже за своей внешностью, становятся неряшливы. Объективно констатируются падение в весе, физическая утомляемость, сердцебиение. Зрачки обыкновенно бывают расширены и вяло реагируют на свет. Сухожильные рефлексy повышены. Если кокаин вводится нюханием, часто развивается изъязвление хрящевой перегородки носа и прободение ее. Иногда уже вскоре после начала злоупотребления кокаином, в особенности сильными дозами его, чаще при хроническом кокаинизме, развивается картина кокаинного делирия, близкого к алкоголизму. Особенно характерно видение мелких животных. Нередко при этом развиваются бредовые идеи, особенно ревности. Возможны также затяжные психозы, напоминающие аналогичные расстройства при алкоголизме, равно как случаи, очень похожие на шизофрению с параноидными явлениями.

Морфинизм. Опиофагия

Особые свойства опия и его алкалоидов устранять чувство боли и давать приятное самочувствие естественно являются причиной



Р
неред
кание
ковой
дом
сомат
этого
стов
тиков
видно
сится
сонал
По
ничес
ко дл
в кото
много
ваться
Оч
среди
бенно
порош
Раз
няется
собстве
кокаин
в нем у
дальше
захочет



Рис. 103. Группа детей-наркоманов ■ учреждении для беспризорных.

нередкого злоупотребления ими, а быстро развивающееся привыкание ведет к тяжелой картине наркомании, более или менее одинаковой, будет ли то морфинизм или опиофagia. Поводом к употреблению наркотиков служат какие-нибудь случайные соматические заболевания, сопровождающиеся болями. Вследствие этого в военное время заметно было увеличение количества морфинистов из числа больных и раненых. Имеет значение доступность наркотиков и инструмента для введения его—правцаевского шприца. Это видно из того, что очень большое количество морфинистов относится к лицам медицинской профессии, врачам и ухаживающему персоналу.

Поводом для развития привычки к опию нередко бывают хронические кишечные расстройства. Для всех наркоманий, не только для морфинизма, имеет значение влияние подражания и среды, в которой живет больной. Не случайно, что наркоманов сравнительно много среди артистов, прибегающих к наркотикам, чтобы не волноваться при выходе на сцену и иметь больший успех.

Очень много наркоманов было в тяжелый пережитый период среди беспризорных и даже в детских домах (рис. 103). Особенно был распространен в этих условиях кокаин, продаваемый в порошке под именем марафета.

Развитию наркомании способствует то, что привычка укореняется не сразу. Некоторое время бывает так, что больной по собственному почину может бросить впрыскивание или нюхание кокаина, не чувствуя особенно ощутительно лишения. Это создает в нем уверенность, что ему не грозит вообще никакой опасности и что дальше он сможет бросить отравлять себя наркотиками, когда захочет, но как раз убеждение в этом оказывается ошибоч-



Рис. 103. Группа детей-наркоманов в учреждении для беспризорных.
нередкого злоупотребления ими, а быстро развивающееся привы-



Рис. 103. Группа детей-наркоманов в учреждении для беспризорных.

нередкого злоупотребления ими, а быстро развивающееся привы-

ным, так как в дальнейшем он не может уже отстать от своей привычки.

Аналогичные явления привыкания развиваются и при курении опиума, при курении индийской конопли, называемой в Малой Азии и Египте гашишем, в Средней Азии — анашей, а также при нюхании эфира.

Явления привыкания, равно как и последующие психические изменения и истощение более или менее одинаковы как при морфинизме и опиофании, так и при гашишизме и эфиромании. Редко бывает так, чтобы наркоман от начала до конца употреблял только один какой-нибудь наркотик, большей частью он переходит от одного средства к другому в зависимости от того, какой легче достать, или потому, что прежнее средство перестало действовать в желательной мере даже при возрастании доз и чувствуется потребность в чем-то ином. Иногда от одной привычки к другой больной переходит, так сказать, из медицинских соображений, например чтобы бросить морфий, больной начинает нюхать кокаин или эфир. Особенно часто с целью отвыкания пользуются снотворными, — вероналом, хлоралгидратом, — к которым также образуется привыкание с такими же последствиями для всего организма и для нервной системы. Нередко одновременно принимается несколько наркотиков, а иногда кроме того налицо и картина алкоголизма. Явления привыкания к наркотикам образуются не всегда одинаково быстро. Бывают случаи, когда несмотря на частое применение того или другого наркотика, вызванное каким-нибудь соматическим заболеванием, сопровождающимся болями, привыкания не образуется. Особенно в этом убеждает опыт последней войны, когда впрыскивания морфия делались очень многим раненым и больным, а наркоманов из них получилось не так много. Несомненно можно говорить, что явления наркомании развиваются при наличии особого предрасположения, особой конституции.

Повидимому наркомании особенно часто бывают у лиц с неустойчивой конституцией, чувствительных к боли и ощущающих по особенностям своего склада большую потребность в искусственном возбуждении. Что большую роль играет элемент неустойчивости, видно из того, что в происхождении наркомании особенно часто приходится считаться с дурным влиянием среды, примером других наркоманов и даже с прямым совращением. Опыт показывает, что все эти моменты особенно сильное действие оказывают на людей с неустойчивой психикой.

Опасность от всех наркотиков в смысле возможности развития наркомании более или менее одинакова. Она особенно велика по отношению к кокаину, так как для того, чтобы пользоваться им, не нужно ни шприца, ни приготовления раствора и все необходимое наркоман может носить всегда при себе в жилетном кармане. Эфир несколько менее опасен, так как техника применения его не так удобна и кроме того эфироманы знают, что запах эфира от них слышен на расстоянии. В смысле психического огрубения, нравственного одичания и опасности пойти по пути преступления на первом месте нужно поставить кокаинизм и смешанные наркомании.

Рис. 104

Карт
одинако
расстра
Наблюда
органов.
виваются
стой, пр
жено пр
развитие
после себ
инъекции
грязным
Бывают
может де
У хлора
объясняет
команов
которого
В смысле
лика от н
При не
варирующ
наблюдает
финизма и
расширени
особенно
Обычны я
ствительно



Рис. 104. Внешний вид наркоманов (эта фотография как и предыдущая принадлежит д-ру Футеру).

Картина физического истощения более или менее одинакова при всех наркоманиях (рис. 104): ослабляется аппетит, расстраивается пищеварение, и все прогрессирует падение в весе. Наблюдается перерождение сердечной мышцы и паренхиматозных органов. Ослабляется деятельность половых органов, в которых развиваются атрофические изменения. Кожа делается сухой и морщинистой, причем легко развивается экзема. Особенно это бывает выражено при морфинизме. В этих случаях часто приходится наблюдать развитие в коже на месте впрыскивания абсцесов, оставляющих после себя рубцы. Причина частых нагноений сводится к тому, что инъекции обычно делаются без соблюдения правил асептики, часто грязным шприцем, причем прокол нередко делается сквозь платье. Бывают случаи, что кожа на всех местах, на которых сам больной может делать себе впрыскивание, покрывается рубцами (рис. 105). У хлоралистов частое развитие ссадин, гиперемированных пятен объясняется влиянием на вазомоторы. В конце концов у всех наркоманов развиваются картины крайне тяжелого истощения, на почве которого легко могут появиться опасные для жизни осложнения. В смысле возможности развития психозов опасность особенно велика от кокаина.

При неврологическом исследовании явления в значительной мере варьируют в зависимости от характера наркотика. Во всех случаях наблюдается ослабление световой реакции зрачков, причем для морфинизма и опиофагии характерен миоз, для кокаинизма — некоторое расширение зрачков. Речь иногда невнятна, в некоторых случаях, особенно при сильном отравлении, напоминает паралитическую. Обычны явления дрожания в конечностях, понижение кожной чувствительности, повышение сухожильных рефлексов.



Рис. 104. Внешний вид наркоманов (эта фотография как и предыдущая принадлежит д-ру Футеру).

Картина физического истощения более или менее
сопутствующая (до 40%); наблюдается аппетит.



Рис. 104. Внешний вид наркоманов (эта фотография как и предыдущая принадлежит д-ру Футеру).

Картина физического истощения более или менее
одинакова (эта 40%); наблюдается аппетит.



[Рис. 105. Рубцы от нагноений, развившиеся после подкожных вприскиваний у морфиниста.]

Предсказание при наркоманиях всегда очень серьезно. В случаях без тяжелого наследственного отягощения и незапущенных возможно надеяться на полное выздоровление. Чрезвычайно многое зависит от обстановки и близких больного. Собственными усилиями даже при врачебном воздействии наркоманы едва ли смогут освободиться окончательно от действия яда. Чрезвычайно важно, чтобы они постоянно находились на попечении благожелательно настроенных по отношению к ним лиц ■ притом ориентированных ■ характере требуемого для них подхода. Если удастся добиться отвыкания, всегда нужно иметь ■ виду опасность рецидива. Предсказание очень плохо ■ за-

пущенных случаях, когда привычка к наркотикам имеет многолетнюю давность, особенно при наличии психопатического склада.

Лечение

О профилактике алкоголизма, отчасти вообще наркоманий было сообщено достаточно данных ■ главе о профилактике в общей части. Что касается профилактики собственно наркоманий, то она ■ значительной степени в руках врача. Если можно говорить вообще об и а т р о г е н н ы х расстройствах, т. е. таких, ■ происхождении которых более всего имеют значение ошибочные действия врача, то прежде всего в эту группу должны быть отнесены наркомании. Врач должен крайне осторожно относиться к назначению наркотических средств, помня о возможности развития привыкания. Ни в каком случае морфий и аналогичные средства не должны назначаться при тяжелых соматических заболеваниях, так как именно здесь опасность привыкания особенно велика. Равным образом не следует никогда давать шприц в руки самому пациенту. Большое значение имеет и санитарное просвещение, так как широкие круги и даже лечеб-



106. Галлюцинаторные переживания художника в маниакальном состоянии циркулярного психоза. Из книги П. И. Карпова „Творчество душевнобольных“

ные массы и медперсонал все же недостаточно ориентированы в вопросах наркологии. Во многих случаях необходимо изменение труда и быта.

Освобождение наркомана от овладевшей им привычки во всех сколько-нибудь выраженных случаях должно производиться в условиях стационара и притом со строгим психиатрическим режимом. Как бы ни было сильно желание наркомана освободиться от своей болезни, воля его так ослаблена, что при начавшихся явлениях морфийного или иного голодания ему чрезвычайно трудно не поддаться все усиливающемуся стремлению к привычному наркотику. Находясь в больнице, куда поступил по собственному желанию, наркоман нередко пускает в ход все средства, чтобы раздобыть наркотик. Он не останавливается перед обманом, подкупом персонала, чтобы как-нибудь достать наркотик. Наркоман, знакомый уже с явлениями абстиненции по прошлому опыту, всегда старается пронести наркотические средства с собой ■ больницу ■ складках платья, в каблуке обуви, в волосах, ■ хлебе, иногда даже подмышкой или во влагалище. Поэтому при поступлении в больницу наркомана необходим тщательный осмотр его тела и платья. Такая же внимательность должна быть проявлена по отношению к посещению больных родственниками и знакомыми. Иногда несознательные родные стараются тайком от врачей передать больным по их просьбе наркотическое средство. Чаше бывает, что у наркомана, находящегося в больнице, оказываются друзья, также наркоманы, которые по-своему стараются помочь своему товарищу ■ беде.

Через 5—6 часов и во всяком случае не позже суток после прекращения введения наркотика развивается более или менее тяжелая картина абстиненции, которая складывается из дурного самочувствия, тоскливости и беспокойства, страхов, зевоты, чихания, болей в разных местах тела, расстройства сна, сердцебиений, иногда явлений коллапса. Ввиду этого отнятие привычного наркотика должно делать с известной осторожностью. Только у здоровых физически наркоманов и с незапущенными явлениями можно решиться сразу прекратить введение наркотика или сделать это в течение 2—3 дней. В более тяжелых случаях этот процесс, постепенно уменьшая дозы, растягивают на неделю. Для облегчения тягостных явлений абстиненции полезны теплые и даже горячие ванны. Вдувание кислорода в количестве 300—400 см³, впрыскивание стрихнина, сердечные средства. В последнее время при лечении абстиненции, следуя указаниям немецкого психиатра Сакеля, применяют лечение инсулином (от 20 до 60 единиц, сначала ежедневно, после через день) и получают от него большую пользу. В дальнейшем необходимо укрепляющее лечение и соответствующая психотерапия. Нужно помнить, что процесс отвыкания идет несколько волнообразно, и нередко бывает, что после как будто полного успокоения и прекращения тяги к привычному наркотику неожиданно опять ухудшается самочувствие и вновь появляется стремление к введению яда. В общем наркоман должен оставаться в больнице около 1—1½ месяцев, в затяжных случаях еще дольше. После выписки он должен находиться под наблюдением диспансера или какого-либо иного специального

учреждения. Крепелин рекомендовал всех вылеченных наркоманов через полгода помещать на несколько дней в больницу для того, чтобы выяснить, не наступил ли рецидив.

ЭКЗОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

31. ПСИХОЗЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЗГА

Травматические повреждения черепа иногда ведут только к сотрясению мозга (коммоции), при котором не нарушается целостность черепа, равно как и нет грубых изменений мозга, иногда же сопровождаются более или менее значительными разрушениями последнего — контузией. В том и другом случае механическое воздействие ведет к более или менее продолжительной потере сознания. При коммоции, когда больные приходят в себя, у них отмечаются оглушенность, подавленность, боязливость, иногда беспокойство и стремление куда-то идти, временами галлюцинации, иногда вполне выраженная картина делирия. Очень постоянно отмечается более или менее резкое расстройство памяти, иногда напоминающее картину корсаковского симптомокомплекса. Постепенно состояние улучшается, и может наступить более или менее полное выздоровление. При этом обо всем пережитом больной сохраняет лишь самое смутное воспоминание. Иногда амнезии подвергается и некоторый период времени, предшествовавший травме (ретроградная амнезия). Несмотря на наступившее как будто выздоровление не исключается возможность появления каких-либо расстройств впоследствии, например судорожных припадков.

При контузии в связи с более значительным повреждением мозга кроме потери сознания развиваются симптомы местного поражения, параличи, афазии, судорожные припадки. Более серьезными в этих случаях оказываются последствия для дальнейшего психического функционирования. Естественно, что в связи с разрушениями мозгового вещества, которые обычно бывают множественными, развивается нередко более или менее выраженная картина травматического слабоумия. Оно в общем соответствует типу органических слабоумий, но иногда характеризуется некоторыми симптомами, которые можно поставить в связь именно с травмой. Кровоизлияния и размягчения травматического происхождения особенно сильно поражают серое вещество как более богатое кровеносными сосудами. Особенно ранимым оказывается в этом отношении центральное серое полостное вещество. Нередко бывают симптомы, указывающие на поражения ядер глазодвигательного нерва, именно птоз и косоглазие, а также бульбарные расстройства. При известной комбинации явлений может получиться картина, близкая к полиоэнцефалиту. В других случаях выступают симптомы поражения подкорковой зоны, иногда в форме судорог с характером хорей или атетоза, иногда же напоминающие кататонические, причем некоторые авторы, например Траутман, говорят даже о шизофреноподобном симптомокомплексе как о чем-то характерном именно для травмы.

В других случаях травматического повреждения мозга на первый план выдвигается не слабоумие как таковое, а своеобразное изменение всей личности с появлением большой раздражительности, с бурными взрывами аффектов, с непереносливостью по отношению к спиртным напиткам, оказывающим сильное действие на больного уже в малых дозах, с склонностью к различным антисоциальным проявлениям. Говорят в таких случаях о **травматической психической дегенерации**. Иногда травма действует главным образом как психический фактор, причем развиваются невротические реакции, проявления которых иногда комбинируются с симптомами, зависящими от структурных изменений. О возникающей при этом картине травматического или контузионного невроза будет сообщено в главе о невротических реакциях.

При лечении травматического повреждения в остром периоде показан покой, охлаждение головы, иногда полезно выпускание спинномозговой жидкости для уменьшения внутричерепного давления. В дальнейшем—препараты йода и укрепляющие.

Картина явлений при поражении молнией и электрическим током большого напряжения более или менее напоминает травматические повреждения. В резко выраженных случаях наступает полная потеря сознания с возможностью, что больной умрет, не приходя в себя. По возвращении сознания в более легких случаях наблюдаются оглушение, растерянность, головные боли, головокружение. Все это может сгладиться без всяких следов. Иногда наблюдаются делириозные состояния. При лечении рекомендуются искусственное дыхание, кровопускание, впрыскивание возбуждающих.

Опухоли головного мозга

Приблизительно 1—2% всех поступлений в психиатрические больницы приходится на опухоли мозга. В большинстве случаев заболевание характеризуется определенными симптомами неврологического порядка, дающими возможность невропатологам, которые больше всего имеют опыт в этой области, сравнительно легко определить как самый характер процесса, так и его топическую диагностику. К психиатрам попадают главным образом не вполне типические случаи, в которых благодаря своеобразной локализации опухоли на первый план выдвигаются не симптомы фокусного поражения, а явления психического порядка. Естественно поэтому, что диагноз в таких случаях может представить большие затруднения. Чтобы не впасть в ошибку, необходимо точное знакомство с клиникой рассматриваемых расстройств.

Симптоматика и течение. Клиника опухолей мозга складывается из явлений местного поражения и из того, что известно под именем общемозговых симптомов. Последние зависят прежде всего от повышения внутричерепного давления, к которому ведет уже одно присутствие опухоли в полости черепа, а затем может иметь место и токсическое действие опухоли, обусловленное регенеративными изменениями в ней, а иногда зависящее от вызываемых ею процессов размягчения в прилежащем мозговом веществе.

Развитие болезни идет очень медленно и постепенно. Первым симптомом обычно является головная боль, которая принадлежит к числу постоянных явлений. Чаще всего больные жалуются на тупую, упорную и глубоко сидящую, настолько интенсивную головную боль, что она вызывает в них отупение, а иногда доводит до бешенства. В других случаях она носит характер мигрени или напоминает собой невралгию. Иногда боли ремитируют; в общем они не связаны с местом опухоли. При заболеваниях у детей головная боль не представляет такого постоянного явления, так как здесь может иметь место увеличение размеров черепа вследствие расхождения швов. Иногда наблюдаются боли в конечностях, не связанные с какими-либо местными изменениями, а зависящие только от наличия опухоли в мозгу («центральные боли»). Головокружение не представляет такого постоянного явления. Очень характерным симптомом нужно считать тошноту и рвоту, которые в данном случае не находятся ни в какой связи с приемами пищи и чаще всего наблюдаются натощак, иногда при изменении положения головы. К числу нередких симптомов опухоли мозга относятся судорожные припадки, которые обычно наблюдаются не в начале, а во второй половине болезни; очень часто они носят характер эпилептических, иногда похожи на *petit mal*, но очень часто отмечаются преобладание судорог на одной стороне и после-припадочные явления выпадения, которые указывают на органический характер заболевания. Очень постоянно общее оглушение, которое с дальнейшим течением болезни все усиливается и переходит в состояние сонливости или даже спячки. Больной с трудом понимает обращенные к нему вопросы и с трудом на них отвечает. С этим стоит в связи общее замедление психических процессов, расстройство усвоения и способности запоминания. Расстройство памяти может достигать очень больших размеров, напоминая типические картины амнестического (корсаковского) симптомокомплекса.

Если головные боли и вообще симптомы повышенного внутричерепного давления не особенно выражены, то в некоторых случаях клиническая картина может напоминать паралич помешанных, тем более, что могут наблюдаться и зрачковые симптомы ■ расстройство речи. Вообще психические изменения в первом периоде болезни представляют своеобразные явления раздражения, к которым нужно отнести и известную грубую шутливость (*Witzelsucht*), а во втором—все более выдвигаются на первый план симптомы ослабления интеллекта. Так как очень часто речь идет о субъектах среднего возраста или уже пожилых, то в клинической картине могут быть заметны симптомы, зависящие от различных случайных экзогений, например алкоголизма, травм головы, а иногда примешиваются явления атеросклероза.

К числу общемозговых явлений принадлежит **набухание сосков зрительного нерва**, которое отмечается приблизительно в 50% всех случаев. С этим находится в связи и более или менее значительное ослабление зрения. Повышенным внутричерепным давлением нужно объяснить и нередко наблюдающийся экзофтальм, иногда только на одной стороне.

Что касается симптомов местного поражения, то характер их определяется локализацией и распространенностью опухоли. Здесь могут быть как явления раздражения определенной зоны, так и параличи тех или других мышечных групп в зависимости от локализации опухоли. Большое диагностическое значение в смысле указания на локализацию ее имеют состояния своеобразной ауры, наблюдаемой перед эпилептическим припадком. При опухолях в передней части нижней поверхности височной доли наблюдается обонятельная аура, при поражении первой височной извилины—аура слуха; аура зрения говорит за локализацию в зрительных центрах, а также в *gyrus angularis*.

Та или другая локализация опухоли может определить характер галлюцинаций, которые нередко наблюдаются при этом заболевании. Иногда галлюцинации, преимущественно зрительные, зависят от токсических и других общих изменений, связанных с опухолью, представляя экзогенную делириозную реакцию.

Течение болезни в данном случае—все прогрессирующее, хотя иногда прерывается остановками и временными улучшениями. Последние иногда могут наблюдаться самопроизвольно, иногда наступлению их как будто способствует ртутное лечение (в особенности при глиомах). Если исключается возможность удаления опухоли оперативным путем, смертельный исход неизбежен; он наступает обыкновенно через 2—3 года от начала болезни. Своеобразное течение может быть при цистицеркозе мозга, который тоже можно отнести к мозговым опухолям. Соответственно смене фаз в жизни паразита развитие болезни с резко выраженными явлениями повышенного внутричерепного давления может вначале быть очень быстрым и даже бурным, но если больной не погибает в этом периоде, в дальнейшем вместе с уменьшением воспалительной реакции, наблюдающейся вокруг каждого паразита, может установиться до известной степени стационарное состояние. В одном случае, сопровождавшемся полной слепотой, такое относительно стационарное состояние продолжалось несколько лет. В другом, характеризовавшемся резким расстройством памяти, больная пришла в состояние улучшения, которое продолжалось несколько лет вплоть до смерти от случайного осложнения.

Распознавание опухолей мозга

Нередко возможно смешение с параличом помешанных, тем более что при опухолях иногда наблюдается положительная р. В. ■ крови. Если обратить внимание на состояние сосочков зрительного нерва, данные исследования крови и спинномозговой жидкости, дифференциальный диагноз возможен. Нужно иметь в виду при этом, что при подозрении на опухоль поясничный прокол нужно делать с большой осторожностью, так как описаны случаи неожиданного смертельного исхода после пункции. В начале своего развития опухоль мозга может быть принята за эпилепсию (особенно у детей) или за какой-нибудь процесс сосудистого характера. Если подозрение на опухоль уже возникло, то тщательное неврологическое и серологическое исследование, равно как рентген и ангиография, помогает выяснить

дело. Нередко ошибку делают в том смысле, что опухоль предполагается там, где ее нет. Это обычно бывает в случаях артериосклероза и пресенильных психозов, особенно пиковской болезни.

Нет надобности говорить, какое большое значение имеет своевременное распознавание опухоли мозга. Успехи в этой области таких хирургов, как Кушинг, объясняются именно усовершенствованием методики исследования, дающим возможность раннего распознавания. В условиях современной психиатрической больницы оно редко бывает возможно. Следует всячески добиваться постановки дела исследования на должную высоту, для чего ■ частности требуется постоянная работа с психиатрами ■ невропатологами, могущими принести большую пользу и в других случаях.

Патологическая анатомия и генез симптомов

Из мозговых опухолей характерной и как бы специфической для мозга является г л и о м а, составляющая по Аллену Штарру $\frac{1}{6}$ всех новообразований в этой области. Помимо головного и спинного мозга иногда глиомы находили в других органах (надпочечниках, печени), причем исходным пунктом в этих случаях являются элементы симпатической системы. Чаще всего глиома встречается ■ виде отдельных узлов, реже—диффузных разрастаний. Величина их различна, начиная от маленьких образований, иногда совершенно микроскопических, до больших узлов, охватывающих почти целую долю или даже целое полушарие с тенденцией переходить также и в другое полушарие. Очень часто величину глиомы трудно определить более или менее точно ввиду того, что она не резко отграничена от соседней ткани и как бы инфильтрирует ее. Микроскопическое строение чрезвычайно разнообразно. Отличают различные типы: олигодендроглиомы, астроцитомы, волокнистые глиомы, мультиформные глиобластомы (глиосаркомы). Довольно часто в глиомах последнего типа встречаются большие, даже гигантские глиозные клетки с одним или несколькими ядрами, очень близко напоминающие своим сходством с эмбриональными элементами клетки, встречаемые при псевдосклерозе и туберозном склерозе. Типичен для глиомы инфильтрующий рост: она разрастается, как бы раздвигая нервные элементы и инфицируя собой соседние элементы нормальной глии, которая подвергается в известном смысле глиоматозному перерождению. Внутри опухоли обычно можно видеть в большом количестве сохранившиеся нервные волокна, особенно много их в периферических частях опухоли. В глиоме обычно очень много кровеносных сосудов, стенки которых тонки и часто разрываются, давая повод к кровоизлияниям внутрь опухоли. Часто встречается размягчение опухоли.

С а р к о м а однако самая частая опухоль в этой области. Вернике считал, что саркомы составляют по крайней мере половину всех опухолей мозга. Они встречаются в различных формах: отдельных узлов или в виде диффузной инфильтрации. Диффузная инфильтрация саркоматозными клетками лимфатических пространств в мягкой мозговой оболочке носит название саркоматозного менингита. Саркомы могут исходить из кости и оболочек и из вещества самого мозга. К а р ц и н о м а принадлежит к более редким опухолям головного

мозга и почти всегда развивается здесь метастатическим путем. По статистике Крастинга—одна треть всех опухолей мозга метастатического происхождения, из них $\frac{3}{4}$ —раки и $\frac{1}{4}$ —саркомы.

Хориоэпителиома, или децидуома по прежней терминологии, принадлежит к числу очень редких опухолей в мозгу. Клеточные элементы ее происходят из обоих типов эпителия хориона ■ синтиция. В типических случаях опухоль состоит из связанных друг с другом синтициальных масс и светлых многоугольных клеток; атипические формы очень разнообразны; часто опухоль состоит из связанных между собой клеток различной формы, обычно с круглыми или продолговатыми ядрами, с митотическими фигурами; часто клетки тесно прижаты одна к другой, иногда у них очень большие ядра.

К тератомам должна быть отнесена так называемая холестеатома, обычно случайно находимая при вскрытиях. Мы констатировали ее как такую неожиданную находку при вскрытии в одном случае прогрессивного паралича. Она характеризуется своим внешним видом, блестящим цветом, напоминающим перламутр. Чаще всего она констатируется на основании мозга в связи с костями черепа и оболочками, особенно часто ее можно найти в области пирамид височной кости; величина таких опухолей обычно от горошины до вишни, редко больше. Ткань опухоли обычно легко распадается, почему трудно бывает сохранить хороший макроскопический препарат. При микроскопическом исследовании она оказывается состоящей главным образом из мелких чешуек, которые в свою очередь составлены из плоских клеток, соответствующих покровному эпителию; клетки опухоли обычно бывают жирно перерождены; на расщипанных препаратах характерна наличность кристаллов холестерина. Что опухоль развивается по типу тератомы и является дериватом эктодермы, доказывается присутствием в некоторых случаях в ткани ее тонких волос.

К опухолям до известной степени можно отнести и инфекционные грануломы. В некоторых отношениях к ним приближаются изменения и при цистицеркозе мозга. Цистицерки могут встретиться в мозгу изолированно или в большом количестве. В случае, описанном П. А. Преображенским, весь мозг был пронизан пузырьками или полостями, из которых цистицерки выпали, причем количество паразитов по приблизительному подсчету было около 1 000. Когда их много, диагностика не представляет затруднений даже при одном макроскопическом изучении. Под микроскопом при этом можно ясно различить ткань паразита с ввернутой головкой и с разбросанными ■ ней характерными округлотреугольными ядрами. Но цистицерки, произведя механическое, видимо и химическое раздражение, вызывают и реактивные изменения в окружающей ткани, которые иногда выступают на первый план как с анатомической, так и с клинической стороны. В ближайшем соседстве цистицерков как правило имеет место развитие ткани, носящей все признаки инфекционной грануломы. Помимо лимфоцитов здесь наблюдается скопление плазматических и нередко гигантских клеток; в последующих стадиях наступает развитие волокнистой соединительной ткани, которая образует

кольцо вокруг паразита. Это кольцо превращается в конце концов в капсулу, в которой паразит обычно погибает, и ткань его превращается в аморфную массу. Иногда такие отдельные инкапсулированные цистицерки могут быть открыты в качестве случайной находки при вскрытии или микроскопическом исследовании.

Вопрос о взаимоотношении между изменениями в мозгу, вызываемыми опухолью, и расстройствами в душевной сфере особенно сложен, так как здесь помимо местного влияния опухоли может сказаться общее ее действие как вследствие повышения внутричерепного давления, так и токсическим путем. Расстройство сознания в форме оглушенности, сонливости и апатии представляет главным образом общемозговой симптом. Сюда же до известной степени нужно отнести и вообще расстройства в психической сфере, хотя для объяснения их могут иметь значение и анатомические изменения. Последние обуславливаются как разрушением опухоли известных участков мозгового вещества, так и размягчением в ближайшей ее окружности. Но опухоль кроме изменений, вызванных ее соседством (*Nachbarsymptome*), может дать очаговые расстройства, свойственные поражению отделов мозга, очень отдаленных от места, где находится опухоль в данном случае. Последствия для психики зависят далее от величины опухоли и ее локализации. Расстройства вообще более значительны при большой величине опухоли, хотя они могут быть довольно значительны и при совсем маленьких новообразованиях. Нет прямой зависимости также от степени повышения внутричерепного давления — в частности от более или менее резкой картины застойного соска. По статистике Шустера чаще всего расстройства психики наблюдаются при опухолях мозолистого тела. Это несомненно можно поставить в связь с богатством этой области ассоциационными волокнами. Несколько реже расстройства психики при локализации в лобных долях. Частота психических изменений при этой локализации опухоли стоит в связи, с одной стороны, с тем, что опухоль в этой области может долго увеличиваться, не давая местных симптомов, почему последствия для психической сферы должны быть более значительны в тот период, когда опухоль диагностируется; с другой стороны, здесь имеет значение конечно особая роль лобных долей в психическом функционировании. По мнению большинства авторов опухоли лобной доли характеризуются не поражением отдельных способностей психики, но преимущественно общим изменением всей индивидуальности больного, в частности ослаблением инициативы и психической активности. Есть указания, что при опухолях лобных долей особенно часто наблюдается вышеупомянутая шутливость, обозначаемая Ястровицем как *mania* и Оппенгеймом как *Witzelsucht*, но несомненно, что ее можно встретить и при другой локализации опухоли. Картина корсаковского симптомокомплекса также не может быть связана с одной какой-нибудь определенной локализацией, хотя довольно часто ее наблюдали при опухолях в лобных долях. Очень часто наблюдающееся слабоумие является конечно результатом диффузных изменений мозга: нередко по своему характеру оно близко к прогрессивному параличу. Шустер констатировал такую картину в 29 случаях из общего количества 775, но в более новых работах, например Пфейфера, процент этот меньше. Физические симптомы, напоминающие аналогичные расстройства при параличе, являются результатом местного или общего действия опухоли, в частности анизокория может наблюдаться при поражениях лобной доли, независимо от характера процесса. В одном случае глиомы основания мы наблюдали клинические явления, включая расстройство речи и глазные симптомы, так что очень трудно было дифференцировать от прогрессивного паралича. Как и при других органических заболеваниях, могут наблюдаться кататонические симптомы. Иногда опухоль может выявить те или другие черты скрытых конституций. Этим же исключительно можно объяснить появление иногда таких психозов, как маниакально-депрессивный.

Лечение. Радикальное лечение возможно только в смысле удаления опухоли путем операции. Временное улучшение можно видеть от препаратов иода и ртутного лечения. Теоретически имеются показания к рентгенотерапии.

Абсцес мозга

Клиническая картина до известной степени напоминает опухоли мозга, представляя значительные различия в зависимости от локализации абсцеса и его величины. Наличие абсцеса в области тех или других центров движения и чувствительности сказывается в соответствующих симптомах местного поражения. При локализации абсцеса в лобных или теменных долях долгое время дело может ограничиваться такими неопределенными явлениями, как психическое оглушение, рассеянность, нерасположение к труду, забывчивость, подавленность, стоящая ■ связи с сознанием какой-то тяжелой болезни, раздражительность и недоверчивость, чередующаяся иногда с беспричинной веселостью. К этому присоединяются иногда головные боли, головокружение, рвота, замедление пульса, застойные соски. Возможны также судорожные припадки. Вместе с распространением абсцеса в мозговой ткани увеличиваются и болезненные расстройства. Выступает на сцену резкая подавленность, спутанность, изредка галлюцинации и делириозные состояния. Иногда наблюдаются припадочные состояния, напоминающие истерические реакции. Все явления очень долгое время могут оставаться в одном положении. С другой стороны, распространение абсцеса до мозговых желудочков или оболочек может сразу дать очень бурную картину.

Источником нагноения чаще всего бывают повреждения черепа, гнойные процессы среднего уха. От лечения можно ожидать много успеха только в смысле оперативного вмешательства.

Солнечный и тепловой удар

Явления, которые развиваются иногда при интенсивной инсоляции и при долгом пребывании в очень жарком помещении, более или менее одинаковы и зависят от расстройств кровообращения в черепной полости и перегревания тела, температура которого может доходить до 42 и даже 43°. В тяжелых случаях после стадии предвестников, к которым относятся головокружение, головная боль, тошнота, мелькание искр перед глазами, шум в ушах, сразу теряется сознание, и человек падает. Лицо его при этом бледное с синеватым оттенком, пульс очень слаб и учащен, дыхание поверхностное и иногда носит характер чейн-стоксовского. Давление спинномозговой жидкости бывает повышено, причем может быть увеличено в ней и количество клеточных элементов. Иногда наблюдаются отдельные подергивания или приступы общих судорог, которые могут повторяться. В некоторых случаях больные и погибают в состоянии комы, но чаще сознание возвращается. В значительной части случаев у больных перед этим наблюдаются приступы возбуждения делириозного характера, иногда с большой агрессивностью или попытками на самоубийство. В легких случаях возвращение сознания сопровождается более или менее быстрым исчезновением всех болезненных явлений, но очень часто удар оставляет после себя стойкие и иногда тяжелые расстройства, именно параличи конечностей, афазии, понижение работоспособности, при-

чем в дальнейшем может установиться ясная картина слабоумия. Все болезненные явления, в частности последствия удара, особенно серьезны бывают у алкоголиков, а также у людей пожилых и в особенности страдающих артериосклерозом.

Солнечный удар чаще всего бывает во время больших переходов. Имеют в данном случае значение перегревание тела благодаря большой мышечной работе, тяжелая амуниция и неподходящая одежда, затрудняющая отдачу тепла путем потоотделения. Тепловой удар нередко наблюдается у кочегаров и вообще на работе в душном помещении с очень повышенной температурой. С профилактической стороны рекомендуется, если речь идет о красноармейцах, делать переходы преимущественно в утренние и вечерние часы, постепенно приучая к более длительному напряжению. Во избежание большой потери солей с усиленным потоотделением рекомендуется также вводить в организм до перехода и после него по 5,0 поваренной соли. Большое значение имеет легкая, достаточно просторная и подходящего цвета одежда и полное устранение алкоголя. В смысле лечения необходимы освобождение от тесной одежды, охлаждение головы, возбуждающие для сердца, иногда полезно произвести поясничный прокол и венесекцию.

VIII. ВТОРОЙ ТИП

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ

Тотальные аномалии

32. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ, ИЛИ ЦИРКУЛЯРНЫЙ ПСИХОЗ

Развитие учения о циркулярном психозе и определение его сущности

Отдельные состояния, относимые в настоящее время к маниакально-депрессивному психозу, были известны еще в глубокой древности. Термины, применявшиеся еще Гиппократом, *мания* и *меланхолия*, обозначали приблизительно те же комплексы явлений, которые связываются с ними и теперь. Интересно отметить, что самое название меланхолия (черная желчь) показывает, что Гиппократ при определении сущности психических изменений как чего-то обусловленного соматическими причинами стоял на верном пути. Во времена Эскироля и Мореля, когда в качестве особых болезней трактовались отдельные признаки или состояния, *мания* и *меланхолия*, иными словами маниакальное и депрессивное состояние, естественно также считались самостоятельными заболеваниями. В этот период, характеризовавшийся преобладанием французской психиатрической мысли, очень много было сделано для тщательного описания болезненных состояний и выделения особых форм. К достижениям этого периода относится выделение психиатрами Фальре и Беллярже особого *циркулярного психоза* (*folie circulaire*) как периодического возвращения попеременно маниакальной и депрессивной фазы (*folie alternante*) или повторения через более или менее продолжительные светлые промежутки двойного приступа маниакального состояния, переходящего непосредственно в депрессивное (*folie à double forme*). Французской же школе принадлежит установление при заболеваниях этого рода тяжелого наследственного отягощения, что вполне естественно ввиду той большой роли, которую приписывали Морель и его соотечественники наследственности и вырождению. Крепелин в своем стремлении уйти от чисто симптоматического изучения и установить особые нозологические единицы обратил внимание и на эту группу заболеваний. Тождественность картины маниакального или депрессивного состояния, будут ли они наблюдаться в качестве единичного заболевания на протяжении всей жизни или как фазы циркулярного психоза, привела его к постановке вопроса, не являются ли так называемые *мания* и *меланхолия* только фазами одного и того же психоза, а не самостоятельными заболеваниями. К положительному ответу на этот вопрос его заставил притти в особенности психологический анализ этих форм, в которых оказалось чрезвычайно много общего несмотря как будто бы на полную противоположность таких состояний, как маниакальное и депрессивное. В особенности много общего оказывается в психике больных, давших в течение всей жизни только один маниакальный или депрессивный приступ как между собой, так и с случаями собственно циркулярного психоза в светлые промежутки. В этом стремлении объединить различные картины в одну

группу маниакально-депрессивного психоза Кребелин склонен был зайти слишком далеко, так как в последний период своей деятельности совершенно отрицал существование меланхолии даже как особого заболевания позднего возраста и считал так называемую инволюционную меланхолию приступом маниакально-депрессивного психоза, впервые обнаружившимся в позднем возрасте. Со времени Кребелина начинается вообще определенный сдвиг в изучении циркулярного психоза в том отношении, что помимо признака периодичности, повторяемости приступа через более или менее значительные светлые, т. е. свободные от проявления психоза как такового промежутки времени, стали большое внимание обращать на структуру самого психоза и всей личности, какой она представляется между приступами и в препсихотическом состоянии, т. е. до обнаружения самого первого приступа. Это дало возможность установить, с одной стороны, не только родство, но ■ тождество более легких, иногда только намеченных картин с вполне выраженными в смысле существа заболевания приступами психоза, с другой стороны—генетическое родство кардинальных приступов психоза с характерными особенностями препсихотической личности. В первом отношении особого внимания заслуживает установление полного тождества с циркулярным психозом тех случаев, которые уже давно были известны под именем **циклотимии**. С этим названием связывалось представление о периодически повторяющемся комплексе нервных явлений, не носящих характера собственно психоза. Долгое время эти случаи трактовались как периодическая неврастения, пока работами Оддо не установлена принадлежность их ■ циркулярному психозу, так что ■ настоящее время с названием **циклотимии** связывается представление о более легких, как бы рудиментарных формах психоза того же названия. Такое понимание окончательно утвердилось благодаря генеалогическим исследованиям Рюдина ■ Гофмана, по которым и совсем легкие случаи, относящиеся к **циклотимии** и выражающиеся только в периодических колебаниях настроения, и вполне сложившиеся случаи нередко наблюдаются в одних и тех же семьях, имеют одну ■ ту же наследственность. Те же генеалогические исследования выяснили с полной определенностью, что циркулярный психоз развивается на фоне врожденных особенностей личности, т. е. как бы ■ вырастает на конституциональной основе, представляя по своему существу усиление тех или других черт, входящих в основу личности ■ ее препсихотическом состоянии. Как выяснилось при этом, этот конституциональный фон не всегда бывает одинаков, причем в зависимости от этого варьирует и клиническая картина психоза. Кребелином было обращено внимание на существование конституциональных изменений настроения, которые он, несколько схематизируя, свел к трем типам: конституциональной депрессии, конституциональной мании ■ **циклотимии**. Кребмер своими работами углубил эту конституциональную точку зрения, указав на известные корреляции между психическими конституциями и соматическими типами и существенно дополнив этим уже известные данные генеалогического и клинического изучения. С отнесением к циркулярному психозу легких форм, в частности **циклотимии** ■ упомянутых конституциональных состояний, рамки его значительно расширились, причем ввиду большой пестроты и разнообразия отдельных клинических форм, представляющих по своим внешним проявлениям что-то самостоятельное, более целесообразно стало говорить о целой группе заболеваний, относящихся к одному и тому же кругу циркулярного психоза. Рамки его нужно считать еще более расширившимися вследствие того, что стало неизбежным относить к нему, с одной стороны, некоторые случаи психопатических личностей из типа возбудимых, с другой стороны—известные формы реактивных состояний. Как известно, психические изменения конституционального характера обычно выявляются сами по себе из внутренних причин без всяких внешних толчков, но иногда во вполне ясной форме развиваются только под влиянием экзогенных моментов. Для того основного психического фона, на котором развиваются приступы циркулярного психоза, характерны не только ничем внешним ■ не вызванные, так сказать аутохтонные, колебания настроения, но и склонность давать эмоциональные реакции на различные впечатления окружающего. Клейст, равно как Эвальд ■ другие, поэтому и говорит, что циркулярный психоз развивается на почве **лабильной конституции**, иногда аутохтонно, иногда реактивно. По мнению Эвальда на фоне лабильно-реактивной конституции

мо
по
ни
кр
ви
ни
но
и
пр
ни
ни
пр
к
т
ф
с
в
ж
н
т
о
т
ку
хо
ба
на
пр

хи
ви
дя
Эт
с з
ни
сл
си
в с
на
сам
шо
не
сте
дея
стя
либ
кон
все
ния
ству
с п
цик
гож
услу

могут развиваться картины, относящиеся к той же группе циркулярного психоза, но характеризующиеся преимущественным развитием паранойяльных моментов. Таким образом можно говорить действительно об особом круге заболеваний циркулярного психоза, в центре которого находятся вполне очерченные случаи, а по периферии располагаются слабо выраженные картины. В структуре последних кроме компонентов конституционального характера всегда можно найти явления, обусловленные экзогенной и в зависимости от ее особенностей меняющие свой характер. Естественно при этом, что этот круг не является вполне замкнутым и резко отграниченным от других кругов заболеваний; он не только с ними соприкасается, но иногда в своих периферических частях как бы переплетается, если не прямо переходит. Сказанным обуславливаются и современный подход к пониманию циркулярного психоза и его определение. Это—конституциональное заболевание, развивающееся на фоне врожденных особенностей психики в смысле эмоциональной неустойчивости, обнаруживающее большое родство к пикническому сложению и выражающееся ■ приступами маниакального или меланхолического состояния, имеющих тенденцию к периодическому повторению и не оставляющих после себя каких-либо изъязвлений интеллектуального функционирования. Термины—циркулярный, маниакально-депрессивный, маниакально-меланхолический психоз, равно как название, предложенное московским психиатром Ф. Е. Рыбаковым—циклофрения—являются синонимами. Мы лично очень удобным названием считаем «циркулярный психоз», не вкладывая в него однако представления об обязательной смене «циркуляции» противоположных фаз.

Клиника циркулярного психоза

Приступы вполне выраженного психоза или более легких психических изменений, носящих все-таки болезненный характер, развиваются обычно на фоне конституциональных особенностей, входящих в понятие так называемой *циклоидной личности*. Это люди в общем мягкие, добродушные, склонные к общительности, с закругленными душевными движениями, у которых не наблюдается ничего резкого, импульсивного, непонятного. Они очень склонны сливаться с окружающей средой или, как говорит Блейлер, очень синтонны. Все их действия понятны, именно как людей среды; в связи с этим они редко обнаруживают какие-либо антисоциальные наклонности. Их интеллектуальная одаренность может представлять самые различные степени, начиная с гениальности и кончая большой ограниченностью, но для них в этом отношении характерны некоторые качественные особенности; им свойственна ■ большой степени конкретность мышления, определяющая и направление их деятельности, это скорее люди дела, нередко с большими способностями в практической деятельности: если они обнаруживают какое-либо особое дарование, то на нем обычно лежит тот же отпечаток конкретности, реальности; если это писатель, то он обычно больше всего интересуется бытом, преимущественно описывает людей и явления; художественным стремлениям циклоидов больше всего соответствует жанр; циклоиды-ученые—это главным образом эклектики с преимущественным стремлением описывать факты; синтонность циклоидов делает их приятными в обществе, тем более что они благожелательны к окружающим, при возможности оказывают им услуги. Они обыкновенно очень активны в половом отношении,

любят ухаживать, легко заводят романы и обычно имеют большое потомство. При большой закругленности душевных движений они недостаточно устойчивы в эмоциональном отношении, легко предаются скоропреходящей грусти или веселости, в особенности под влиянием внешних впечатлений. Их аффективным переживаниям однако нехватает выдержки и силы, равно как и стойкости в привязанностях. Те же черты недостаточной устойчивости и последовательности свойственны и их поведению. К характеристике циклоидных личностей нужно отнести и преобладание пикнического типа строения.

Циклоидные личности характеризуются наличием более или менее выраженных изменений эмоционального фона. В части случаев он является более или менее резко повышенным; наблюдается не только благодушие, но и веселость, патологический характер которой очевиден не только из ее интенсивности, но главным образом из ее недостаточной мотивированности, иногда полного несоответствия с действительным положением жизненных обстоятельств. Характерным нужно считать при этом, что различные неблагоприятные впечатления сравнительно мало задевают пациента и не омрачают его веселости. Вместе с тем обычно отмечается и довольно большая раздражительность и склонность к бурным вспышкам гневливости, а изредка наблюдается и скоропреходящая тоскливость. В волевой сфере для них характерна очень большая энергия, стремление к деятельности и в общем повышенная работоспособность. Они обычно смелы, самоуверенны, верят в свою звезду, быстры в своих решениях, которые не всегда бывают достаточно обоснованы. Они склонны идти на риск, часто действуют по вдохновению, причем их энергия в связи с достаточной, а иногда и очень высокой одаренностью являются причиной того, что они часто имеют успех. Продуктивности их деятельности нередко мешает недостаток выдержки, устойчивости и плановости. В то же время они могут быть легкомысленны в исполнении своих обязанностей и, не будучи обладателями антисоциальных тенденций, вследствие распушенности поведения и ослабления задерживающих влияний могут быть причиной больших огорчений для окружающих и прежде всего для своих близких. В особенности к этому может повести половая распушенность больных с склонностью заводить легкие связи, а также наблюдающаяся в связи с общей слабостью задержек наклонность к кутежам, злоупотреблению спиртными напитками, стремление заводить знакомства, доверяться мало известным им людям, с возможностью вовлечения в различные аферы, могущие привести к большим материальным потерям. Описанные особенности в более или менее ясной форме намечаются уже с детства, но в полной мере они выявляются обычно вместе с половым созреванием и полным развитием личности в целом. Они характеризуют тот основной психический фон, который без существенных изменений остается одним и тем же в течение всей жизни. Он обусловлен врожденными особенностями личности, как бы заложен в основах ее конституции и представляет то, что теперь чаще называется конституциональным возбуждением (конституциональная мания Крепелина). Как об особом типе конституционального

предрасположения можно говорить далее о состоянии раздражительности с склонностью к различного рода конфликтам (*erregbare Veranlagung*). До известной степени противоположный тип конституционального состояния представляет конституциональная депрессия (*konstitutionelle Verstimmung*). Не представляя полной противоположности конституциональному возбуждению во всех отношениях, так как и там и здесь налицо мягкость, общительность и другие особенности циклоидной личности, она определяется в своем существе наличием стойкого депрессивного фона, окрашивающего все психические переживания. Из впечатлений окружающего действительными оказываются обычно только те, которые соответствуют основному депрессивному фону, все же радостные обыкновенно проходят мимо, не оставляя особенного следа. При этом по отношению к тягостным или просто неприятным переживаниям можно говорить даже об особой ранимости, так как они дают более или менее значительное усиление меланхолических компонентов, выражающееся нередко в довольно настойчивых попытках самоубийства. Мысли этого рода, иногда с стремлением претворить их в действительность, свойственны больным и без таких обострений. Они связаны с общим понижением психического тонуса. Имеет значение также и увеличение психических задержек, вследствие которого жизнь кажется очень трудной, на этой почве нередко возникают навязчивые мысли неприятного содержания. Благодаря всему этому картина получает большое сходство с психастенией, что может быть объяснено, как думают некоторые авторы, и наличием между ними генетического родства.

На фоне более или менее выраженных циклоидных особенностей личности, иногда в ясной связи с преобладающим повышенным или депрессивным фоном, развиваются состояния, дающие право говорить о циркулярном психозе в собственном смысле. Как это обычно бывает, все особенности психики, характеризующие ту или иную клиническую картину, особенно ясно выступают на высоте болезни. Поэтому знакомство с симптоматикой и структурой таких вполне выраженных состояний представляет исключительную важность как для понимания сущности самого психоза, так и для отграничения относящихся к нему явлений от других сходных состояний.

Все явления, входящие в картину маниакального состояния, в своей основе имеют возбуждение в сфере чувств с повышением настроения, доходящим до степени полного блаженства—эйфории. Это повышение самочувствия стоит в связи с облегченным течением представлений, с повышенной в общем продуктивностью и ослаблением задержек, делающим очень легким переход к действию. О субъективных переживаниях больных можно судить по их описаниям, которые они дают потом по выздоровлении. Получается впечатление, что их переживания в маниакальном состоянии могут быть исключительно прекрасными, какими они не бывают в обычном состоянии даже при самой благоприятной жизненной ситуации. При этом они отличаются всегда большой яркостью. Особенно отчетливо это получается в тех случаях, когда циркулярным психозом заболевает писатель или художник кисти, вообще лицо,

обладающее по свойствам своего дарования большим богатством выразительных средств (рис. 106). О необычайно повышенном настроении можно судить и по оживленной мимике больных, по всему их виду и поведению. Они постоянно громко смеются, по тому или другому поводу или без всякой внешней причины дают взрывы бурного веселья. Больные при этом много жестикулируют, причем их экспрессивные движения вполне адекватны переживаниям. Выражением повышенного самочувствия является также склонность к шуткам, танцам, притом нередко в обстановке, совсем не подходящей для такого рода проявлений веселости. Таким особенностям эмоционального состояния соответствует не только субъективное облегчение перехода от одного представления к другому, но и действительное повышение интеллектуальной продуктивности. Об этом можно судить прежде всего по особенностям речи больных. Они вообще очень говорливы, но характерно собственно не то, что они много говорят, а то, что в речи их можно видеть признаки несомненно повышенной продукции. В наличности ее особенно заставляет убедиться сравнение пациента в маниакальном состоянии с тем, что он представлял в своем здоровом состоянии. При этом оказывается несомненное ускорение течения представлений и большое богатство речи отдельными образами и мыслями. Имеются основания говорить и об абсолютном ускорении. Большой интерес представляют результаты ассоциативного эксперимента, производившегося Ашаффенбургом, Иссерлином, Гутманом, Крепелином и в последнее время Ивановым-Смоленским. Время реакции иногда оказывалось удлинненным, иногда ускоренным. Иванов-Смоленский констатировал, что значительно раньше появления словесной ассоциации можно отметить пантомимическую реакцию в виде смеха, плача или вазомоторных явлений. В работе Гутмана имеется указание на сходство относительно течения ассоциативных процессов маниакального состояния с меланхолическим. Помимо указанных особенностей установлено много других данных, очень важных для характеристики маниакального мышления. Уже при обычном наблюдении над больными резко бросается в глаза отвлеченность их речи. Каждое новое впечатление заставляет забыть то, чем было до этого занято внимание больного, и направляет мысли в новую сторону; так как при этом утрачивается значение целевых представлений, то все явления, как более значительные, так и совсем ничтожные, обладают одинаковой способностью привлекать к себе внимание. Все эти особенности очень отчетливо выступают при исследовании ассоциаций маниакальных больных; преобладающим типом оказываются ассоциации не по смыслу, а по внешнему сходству, по созвучию, чем объясняется стремление таких больных говорить в рифму. Все же и при этом констатируется способность к повышенной продукции. Ассоциации редко даются одним каким-нибудь словом, а обычно слово-раздражитель дает толчок к целому фонтану слов, каждое из которых является для больного новым раздражителем и ведет за собой новую цепь образов. В случаях особенно сильно выраженного интеллектуального возбуждения можно говорить об особом явлении — вихре или скачке мыслей (*fuga idearum*), при котором предста-

вления следуют друг за другом с такой быстротой, что речь больного при всем ее ускорении не поспевает за ходом мыслей и не может регистрировать их с той полнотой и точностью, которые свойственны нормальному состоянию. Так как для выражения той или другой мысли или даже произнесения отдельного слова требуется гораздо больше времени, чем они занимают в сознании, сменяя друг друга, то больной не успевает полностью высказывать всего, что хочет, не кончает одной мысли, чтобы скорее перейти к другой, иногда выкрикивает только отдельные слова. Иногда благодаря этому получается впечатление бессвязности речи, но это объясняется тем, что выпадает большое количество промежуточных звеньев; если их удастся восстановить путем дополнительных вопросов, то оказывается, что каждое отдельное, как будто и не имеющее связи с остальными слово представляет фрагмент вполне законченной и иногда имеющей глубокий смысл фразы. При этом можно убедиться также, что маниакальная речь не просто фотографическое воспроизведение того, что было услышано, вычитано раньше, а включает в себе элементы несомненного творчества. Как во многих других случаях, возбуждение маниакальных больных является результатом торможения задержек; едва ли можно думать, что в смысле творчества болезнь сама по себе сможет дать что-либо новое, несвойственное данному человеку, но несомненно она может выявить то, что в потенции имелось и без маниакального состояния, но было как бы заторможено и не находило себе выражения. Во всяком случае при наступлении маниакального состояния могут обнаружиться интересы и способности, которых до заболевания не замечал никто из окружающих. То обстоятельство, что больные в таком состоянии начинают иногда писать стихи, тогда как раньше не проявляли никаких признаков подобного творчества, объясняется вышеуказанным расстройством течения представлений, но тем не менее оно говорит о появлении новых способностей. В таком же смысле должно быть оценено появление склонности к рисованию, интересы к таким областям знания, которые раньше оставались вне поля зрения пациента (рис. 107). О повышении способности к творчеству в особенности можно говорить по отношению к легким степеням маниакальной экзальтации, когда нет той силы возбуждения, при которой мышление становится беспорядочным, слишком направляясь в сторону случайных, побочных представлений. Естественно творчество особенно интенсивно и действительно продуктивно, когда циркулярным психозом заболевает одаренная личность. Пример такого рода творчества можно видеть в «Красном цветке» Гаршина, страдавшего циркулярным психозом и покончившего самоубийством в приступе депрессии, бросившись в пролет лестницы многоэтажного дома. Не нужно думать конечно, что художественное произведение писателя, заболевшего психозом, представляет простое воспроизведение болезненных переживаний. Художник ставит себе определенную цель, пользуясь для ее достижения теми изобразительными средствами, которые соответствуют особенностям его одаренности. И в данном случае были использованы те переживания, которые открыты художнику вследствие болезни и которые носят яркую печать того, что свойственно маниакальному состоянию. Психиатры, интересо-

вавшиеся психологией творчества, находят, что в случаях очень большой его напряженности можно отметить несомненно болезненные черты, иногда близкие к тому, что наблюдается в маниакальном состоянии. Обострение интеллектуального функционирования можно видеть и в том, что маниакальные больные, обладая очень живым, хотя и склонным к разбрасываемости вниманием, живо все подмечают, не исключая и мелких деталей, быстро делают соответствующие выводы, поражая своей догадливостью и сообразительностью. Правда, выводы их нередко, в особенности при наличии большого возбуждения, слишком поспешны, недостаточно продуманы и не всегда верны, так как основываются не на всех подлежащих рассмотрению данных. С этим стоит в связи нередко наблюдающееся у больных этого рода смещение лиц и вообще недостаточная ориентировка в окружающем. Часто они принимают новых для них людей за кого-либо из своих прежних знакомых на основании сходства в каком-либо отношении. Притом, как нужно думать, дело происходит таким образом, что, как и у здоровых, каждое новое лицо по ассоциации вызывает представление о ком-нибудь из прежних знакомых, если с ним имеется что-либо общее, но в нормальном состоянии возникают представления и о существенных отличиях, благодаря чему становится невозможным отождествление; у маниакальных же больных дело останавливается на этой предварительной стадии, и частичное сходство оказывается достаточным, чтобы сделать вывод об их тождестве.

Описанные особенности психики маниакальных больных и прежде всего повышенное самочувствие и сознаваемое самими больными повышение продуктивности делают психологически понятным частое появление у них бредовых идей величия. Большею частью речь идет только о болезненном преувеличивании больными своих талантов, красоты, положения. По своему содержанию бредовые идеи относятся вообще к области возможного, но не соответствующего действительному положению пациента. Не встречается совершенно абсурдных и нелепых утверждений со сконструированием такого рода бредовых построений, которые включают в своем содержании элементы абсолютно невозможного. Этим бред величия маниакального больного отличается от бреда паралитиков и вообще слабоумных больных. Маниакальные больные высказывают свои идеи, как бы шутя, фантазируя, и при настойчивых вопросах могут иногда отказаться от них. Для характеристики эмоционального состояния таких больных большое значение имеет одна черта, находящая себе отражение и на всем их поведении, это именно повышенная сексуальность, которая несомненно стоит в связи с усиленной гормональностью половых желез. Известная активность в этом отношении является несомненным признаком циклоидной личности, но здесь речь идет о чем-то гораздо большем и явно патологическом. В легких случаях дело ограничивается особенной кокетливостью, склонностью одеваться в яркое платье, украшая его всем, чем можно (рис. 108), в склонности к разговорам на матримониальные или просто легкомысленные и эротические темы; в особенности характерна способность быстро влюбляться: больные женщины влюбляются как правило в лечащих их врачей. При большей степени возбуждения

по в
ти з
му за
зей, ч
комы
шенн
люды
впол
душе
ства
блюд
ние с
нима
позы
стесн
вием
и пе
жени
жно
встре
ких
Мног
ли де
очен
бужд
нают
своих
влече
мучи
режи
логи
може
влени
отры
кото
каль
как
«
сится
так с
все ра
чтобы
ли я
проис
чины,
как в
З
«
что ч
вое в
мокро
ночью

повышенный эротизм ведет к легкому завязыванию связей, часто с малознакомыми или совершенно незнакомыми людьми; при наличии вполне выраженного душевного расстройства постоянно наблюдается стремление обнажаться, принимать непристойные позы, онанировать, не стесняясь присутствием других больных и персонала. Выражением эротизма нужно считать и часто встречающийся у таких больных цинизм. Многие больные, если дело не дошло до очень большого возбуждения, сами сознают болезненность своих сексуальных влечений и нередко мучительно их переживают. О психологии таких больных может дать представление следующий отрывок из письма в котором ясно выступают и другие особенности психологии маниакальных больных, отвлекаемость, стремление говорить в рифму, как бы стихами.



Рис. 108. Разодевшаяся маниакальная больная.

«Это начало проявляться с весны, как говорят, весной вся молодежь бесится, я тоже сбесилась на почве любви. Я впервые полюбила. Моя любовь так сильна к нему, что я, как девушка, которой отмечается всякое впечатление, все разговоры о подтверждении любви, привели меня снова к вам, милые врачи, чтобы вы дали мне ответ и совет, выйти мне замуж можно или нет? Здорова ли я по всем болезням или нет? У меня кроме обыкновенного возбуждения происходит половое возбуждение, хочется близкого отношения к себе мужчины, любить, спать с женщиной, начиная жить половой счастливой жизнью, как все здоровые. Неправда ли пора? Мне ведь 20 лет».

Затем обращается к врачу, которому и передала это письмо:

«Милый, как вы мне нравитесь, для этого и я решила вам написать все, что чувствую и пишу, но если вы меня пожалеете, то еще вам скажу, что половое возбуждение сопровождается сильными выделениями белей, все становится мокро. Ох, как хочется сношений, близкого мужа! Ох, как трудно спать одной ночью! Пожалейте меня в такие трудные минуты.»

Описанная картина эмоциональных и интеллектуальных изменений тесным образом переплетается с аналогичными расстройствами и двигательного порядка. Повышение влечений у них нужно считать одним из самых характерных симптомов. И здесь прежде всего следует указать на большое стремление к деятельности. Больные при сколько-нибудь выраженном возбуждении ни на одну минуту не остаются в покое. Вместе с тем возбуждение не носит характера чего-то судорожного, а представляет выполнение ряда каких-нибудь целесообразных актов. Схематически его можно понять так, что при большой экстенсивности внимания больной тотчас стремится осуществить всякую мысль, которая ему приходит в голову, но, начав одно дело, отвлекается в сторону, бросает его и принимается за другое. При небольших степенях экзальтации в результате может наблюдаться повышенная продуктивность, а в случаях очень большого возбуждения оно становится таким же беспорядочным и хаотичным, как и речь больного в том же состоянии. Так же беспорядочны их письма и рисунки (рис. 109). Характерно при этом, что больные несмотря на то, что непрерывно находятся в движении и в общем очень мало спят, не чувствуют совершенно утомления. Повышение влечений проявляется также в усилении аппетита. В связи с тем, что у больных нередко бывают приступы раздражения, гнева, возможны нападения на других, нанесение оскорблений и вообще всякие проявления агрессивности. Маниакальное возбуждение, представляя во всех случаях одну и ту же картину в смысле клинической характеристики, чрезвычайно различно в смысле интенсивности болезненных проявлений. При этом возможны все переходы от легких степеней, непосредственно примыкающих к явлениям гипоманиакальной конституции, до состояния крайнего возбуждения. Еще старые авторы отличали три степени: более легкую, так называемую маниакальную экзальтацию, типическую и тяжелую манию.

Депрессивное, или меланхолическое, состояние является во многих отношениях полной противоположностью предыдущему. Для него характерно общее более или менее резкое заторможение всех сторон психической деятельности, в частности угнетение в эмоциональной сфере. В легких случаях наблюдается дурное самочувствие, тоскливый фон всех переживаний вместе с общим ослаблением влечений, с неохотой делать что бы то ни было. Но иногда эмоциональное угнетение бывает необычайно интенсивным и субъективно очень тягостным для больного, и, как можно думать по заявлениям самих больных, состояние тоски меланхолика по своей тяжести далеко превышает все, что может испытать человек в нормальном состоянии. Для больных особенно тягостно то, что они как бы утратили способность чувствовать что бы то ни было; очень мучительно для них сознание, что они не могут чувствовать и прежней любви к близким, в особенности тягостно бывает это констатировать матерям, вообще горячо любящим своих детей. Одну нашу пациентку очень мучило, что она перестала чувствовать что бы то ни было по отношению к дочери: «Глаза мои видят, что это мое дитя, а сердце ничего не чувствует». Тягостность этого переживания в особенности увеличивается благодаря тому, что больные



Рис. 109. Один из многочисленных портретов пациентов клиники, зарисованный маниакальной художницей.

замечаемое ими самими притупление своих чувствований ставят в вину именно себе. В результате указанного изменения жизни эмоций больные ясно сознают и мучительно переживают изменения всей психической личности. Им кажется, что их точно подменили, что они стали совершенно иными. Это явление, носящее название деперсонализации, является очень характерным для депрессивного состояния. Лежащее в основе его угнетение эмоциональной жизни глубоко отлично от эмоциональной тупости психотиков, так как последние относятся с полным безразличием к наступившей в них в этом отношении перемене и не замечают ее. Естественно при таких условиях, что самая жизнь больным кажется утратившей свою ценность, а это является источником постоянных мыслей о самоубийстве. Следующий отрывок из письма больной может дать представление о характере субъективных переживаний. Для правильной оценки его нужно иметь в виду, что оно написано было в тот период, когда больная перешла уже в маниакальное состояние.

«Скорбь, тоска, тревоги, страхи. Все мучения да мучения, муки адские души. И нигде нет просвета, света, и никто не дает ей ответа. Одно лишь стенание, окаменение моей израненной души. Лишь стон да крик вырывается и к помощи отзывчивых психиатров обращается. Беспомощный немощный дух зловредной погасшей души. Мрачна душа, как тень осенней ночи, лишь силуэты самоубийц по ней бродят. Душа от ужаса содрогается, холодеет, леденеет не знает, как ей быть, жить или не жить. В могилу лечь живой. Могила, как зияющая рана, стоит в моих глазах и тянет меня туда, как магнит. Унылый грустный дух носился надо мной, хотел схватить, поглотить, до самоубийственной гробовой доски довести. При депрессии я становлюсь душой как дряхлая старушка».

Параллельно эмоциональному угнетению такие же явления развиваются в интеллектуальной сфере; здесь можно констатировать целую шкалу, с одной стороны которой имеется небольшое субъективное затруднение интеллектуального функционирования, с другой—полная остановка. Постоянным является общее замедление течения представлений. Больным трудно соображать, даже трудно припоминать что бы то ни было. Больные например не могут припомнить имен своих детей. Им кажется, что они утратили все свои знания, совсем отупели, ничем не будут в состоянии заниматься. По исследованиям А. Г. Иванова-Смоленского у меланхоликов затруднена выработка условных рефлексов, причем и образовавшиеся рефлексы отличаются большой непрочностью. Двигательное заторможение выражается в тихой, медленной речи, вялой, хотя адекватной мимике. Больным трудно сделать какое-либо движение. Но даже при крайних степенях заторможения картина отличается от кататонического ступора, при котором имеет место полная остановка движений. Больной меланхолик, даже будучи очень заторможен, дает, в особенности при энергических побуждениях, хотя и слабую реакцию на внешнее раздражение, например шевелит губами, чтобы произнести еле слышный ответ, или поворачивает глаза в сторону собеседника.

Неприятному тоскливому самочувствию больных соответствует и направление мыслей больных. Больных очень мучают и д е и г р е х о в н о с т и, в и н о в н о с т и. Какие-нибудь ничтожные ошибки, допущенные ими в прошлом, становятся в больном воображении тягчайшими преступлениями; они убеждены, что заслужили смертную казнь, погубили себя и своих близких, являются такого рода низкими людьми, какие едва ли когда-нибудь существовали на свете. В связи с этим больные думают, что они не стоят, чтобы за ними ухаживали, оказывали какое бы то ни было внимание; они недостойны того, чтобы их даже кормили, и нередко отказываются от пищи; последнее обстоятельство стоит в связи также и с общим ослаблением влечений. Понятны также частые попытки на самоубийство, которые удавались бы еще чаще, если бы осуществлению намерения покончить с собой не мешало до известной степени двигательное заторможение.

Описанные типические явления маниакального и депрессивного состояний представляют тот пластический материал, из которого строится циркулярный психоз. При наблюдениях отдельных случаев последнего клиническая картина всегда представляется более сложной и более или менее отступающей от только что изложенной схемы. Это, с одной стороны, объясняется тем, что конституцио-

Рис. 11

нальные
всегда
экзоген
шающи
лярног
к част
и врем
пелино
первы
и вооб
активно
понятн
маниак
чаются
ярко в
тельнос
полуго
отметит
имеют
наблюд
ваются,
концов
с некото

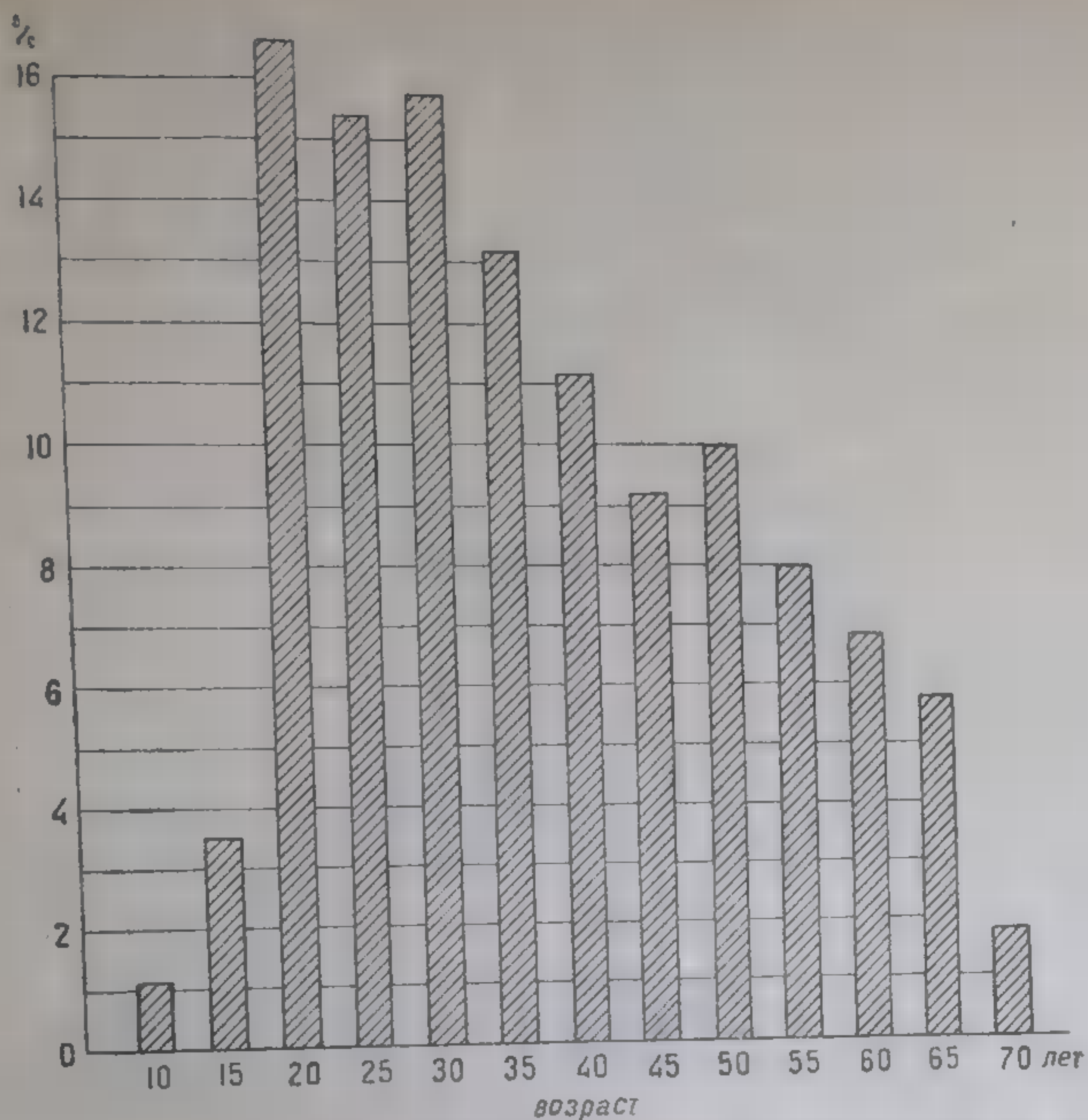


Рис. 110. Возраст первого приступа маниакально-депрессивного психоза по Крепелину.

нальные особенности, свойственные циркулярному психозу, не всегда наблюдаются в чистом виде, а с другой—примесью различных экзогенных влияний, дающих свойственные им наслоения и нарушающих чистоту картины. В результате всего этого клиника циркулярного психоза очень разнообразна. В частности это относится к частоте, продолжительности, характеру отдельных приступов и времени появления их. Как видно из схемы, составленной Крепелином (рис. 110) на основании большого количества случаев, первые приступы чаще всего бывают в возрасте полового созревания и вообще в молодые годы. Влияние возраста в связи с большой активностью всех биологических процессов в этом периоде делает понятным, почему в молодости приступы носят преимущественно маниакальный характер. Чем ближе к старости, тем чаще встречаются приступы депрессии, но и в пожилом возрасте возможны ярко выраженные маниакальные картины. Что касается продолжительности приступов, то она колеблется от нескольких дней до полугода, целого года и даже более. Как общее правило можно отметить, что новые приступы в смысле своей продолжительности имеют тенденцию повторять предыдущее. Постоянно приходится наблюдать также, что в позднем возрасте приступы болезни затягиваются, а светлые промежутки делаются короче, так что в конце концов может образоваться стационарное состояние, остающееся с некоторыми колебаниями до конца жизни (рис. 111). Начало

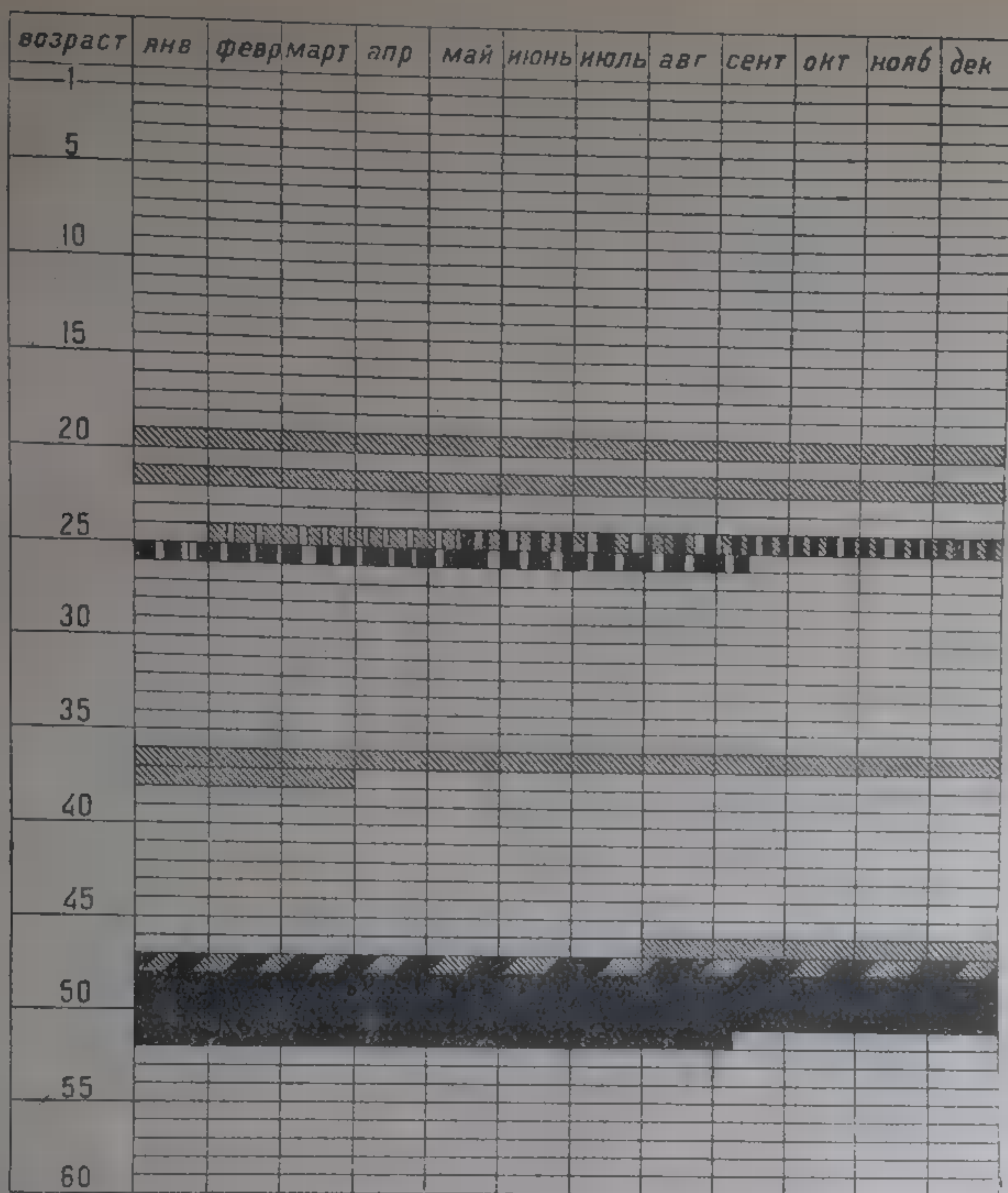


Рис. 111. Течение одного случая маниакально-депрессивного психоза. Заштрихованные полосы обозначают маниакальные состояния, черные депрессивные.

приступа иногда примыкает к какому-нибудь соматическому заболеванию, послеродовому или иному какому-нибудь периоду в половой жизни женщины; иногда можно отметить определенную связь с каким-нибудь психическим переживанием, но очень часто заболевание начинается без всякой причины. Как будто некоторое значение имеют времена года. Так отмечено, что приступы депрессии сравнительно часто начинаются в осенние месяцы. В начале заболевания если даже последнее носит маниакальный характер, обычно наблюдаются в течение некоторого времени неопределенные нервные явления и понижается самочувствие—вступительная депрессия. Раз начавшись, болезненные явления все нарастают, пока через несколько дней или недель не достигнут своего максимума. В интенсивности возбуждения всегда наблюдаются более или менее значительные колебания; иногда на фоне маниакального возбуждения средней силы сразу развиваются большей частью кратковременные состояния настоящего неистовства с очень большой агрессивностью (*mania furibunda* старых авторов). Иногда же обычно в связи с какими-нибудь добавочными экзогенными моментами (инфекция или истощение на какой-либо иной почве) развиваются более длительные состояния возбуждения, нередко кончающиеся

смертью. В таких случаях обычно наблюдается и более или менее значительное затемнение сознания. Последнее, если ■ особенности иметь в виду сознание личности, вообще при циркулярном психозе не представляет значительных расстройств.

Некоторая путаница в лицах и дезориентировка в окружающем, довольно обычные на высоте возбуждения, могут быть рассматриваемы как результат лихорадочного течения мыслей—скачки идей. Но, как недавно обратил внимание Бострем, при маниакально-депрессивном психозе, развивающемся именно в связи с экзогенными моментами, могут быть состояния возбуждения с большой спутанностью (*verworrene Manie*). В случаях циркулярного психоза с значительным возбуждением нередко наблюдаются и обманы чувств, которые, хотя встречаются при этом психозе, но, вообще говоря, не играют при нем особенно большой роли. Чаще всего можно констатировать зрительные иллюзии и галлюцинации, видение каких-то лиц, фигур, иногда слышатся какие-то звуки, голоса. К характеристике маниакального возбуждения у женщин нужно отнести то, что оно резко усиливается во время менструаций. Для полного понимания особенностей циркулярных больных нужно иметь в виду, что кроме чистых состояний возбуждения или угнетения наблюдаются смешанные картины. Очень обычное явление, что среди маниакальных симптомов часто проскальзывают меланхолические; например больной, длительно переживающий состояние эйфории, на несколько минут или часов делается тоскливым и угнетенным, с тем чтобы потом опять притти в прежнее состояние. Иногда же симптомы того и другого порядка перемешиваются на протяжении одного и того же промежутка времени. Крепелин, очень много занимавшийся смешанными состояниями, представлял себе, что из трех сфер психической деятельности—эмоциональной, интеллектуальной и волевой—одна часть может быть в состоянии возбуждения, а другая—угнетения. Теоретически возможно целых девять таких сочетаний, дающих смешение маниакальных и депрессивных симптомов в той или другой пропорции; реальное значение имеют только некоторые из них. Из смешанных состояний с акцентом на маниакальных компонентах можно указать на гневную манию, при которой вместе с двигательным и интеллектуальным возбуждением наблюдается угнетение в эмоциональной сфере с характером недовольства ■ раздражения. Смешанные состояния вообще характеризуются более длительным течением и являются сами по себе не особенно благоприятным признаком в прогностическом отношении по отношению к психозу в целом. После того как явления маниакального возбуждения, достигнув максимума развития, остаются в течение некоторого времени в одном положении, они начинают итти на убыль. Очень определенным признаком начинающегося выздоровления является улучшение веса и сна. На высоте болезни трата энергии в результате постоянного беспокойства бывает так велика, что несмотря на усиленный аппетит больные неудержимо падают в весе; к концу приступа возбуждение как-будто бы остается так же велико, но падение в весе приостанавливается, и это обычно указывает на приближающееся выздоровление. Такое же значение имеет улучшение сна. В дальнейшем выздоровление идет обычно волнообразно. Когда болезнь уже на исходе, на несколько дней иногда наступает полное успокоение, и получается уже впечатление полного выздоровления, но потом опять на некоторое время наступает довольно значительное беспокойство. В случаях с кратковременными приступами, в особенности когда имеется циркуляция маниакальных и депрессивных фаз, выздоровление может наступить сразу, и нередко бывает, что больной, бывший накануне в состоянии порядочного возбуждения, просыпается совершенно здоровым. После продолжительных приступов, сопровождавшихся большим возбуждением, нередко наблюдается довольно значительное истощение, сказывающееся и на полноте психического функционирования, но признаков слабоумия в собственном смысле не бывает даже после большого количества тяжелых приступов, безразлично—маниакальных или депрессивных.

Меланхолический или депрессивный приступ также развивается и течет по определенному циклу. Началу заболевания в собственном смысле предшествуют неопределенные нервные явления, различные

неприятные соматические ощущения, в частности чувства сжатия в области сердца. В течение некоторого времени явления тоскливости все нарастают и в тяжелых случаях могут достигнуть резко выраженного заторможения. При этом клиническая картина может принимать различные оттенки, зависящие не только от тяжести, болезни; приходится считаться с тем, что и здесь кроме чистых форм депрессии возможны смешанные состояния. Из них наиболее яркой и часто встречающейся нужно считать так называемую ажитированную меланхолию, когда вместе с чувством сильной тоски наблюдается и более или менее значительное двигательное беспокойство: больные мечутся, как бы нигде не находя себе покоя. Состояние тоскливости во всех случаях не остается ровным в течение одного и того же периода болезни, иногда оно дает резкое и быстро развивающееся ухудшение — врывы тоскливости (*gaps melancholicus*), очень опасные в смысле возможности нанесения себе повреждений и даже лишения жизни. В некоторых случаях при не особенно глубоком чувстве тоски бросается в глаза склонность к выражению недовольства всем окружающим, так называемая брюзжащая меланхолия (*porge lnde Melancholie*). На характер депрессивного состояния оказывают влияние внешние моменты, осложнения и возраст. Если развитию меланхолического приступа способствовало какое-нибудь тягостное переживание, то оно усиливает в общем депрессию, иногда влияя определенным образом и на содержание болезненных переживаний. В некоторых случаях при таких условиях могут развиваться те или другие истерические симптомы, даже вполне выраженные припадки, которые не входят собственно в картину циркулярного психоза и являются его осложнением. К очень частым явлениям, иногда настолько выраженным, что они выдвигаются как бы на первый план в картине болезни, относятся боли в области сердца, чувство сжатия, чувство тоски, которую больные определенно локализуют в области сердца [*предсердечная тоска (anxietas praecordialis)*]. В позднем возрасте приступы не только делаются более продолжительными, но нередко приобретают и особый отпечаток, главным образом вследствие появления большого количества бредовых идей преследования, которые возможны у меланхоликов и в молодом возрасте, но именно к старости бывают особенно отчетливы. Такое же значение имеют и гипохондрические идеи, иногда принимающие характер вполне выраженного бреда. В смысле ориентировки в окружающем не наблюдается сколько-нибудь значительных вариаций в отдельных случаях, так как она обыкновенно, если незаметно каких-нибудь экзогенных наслоений, не бывает расстроена. На высоте болезни влечения бывают необычайно ослаблены, в частности пропадает совершенно желание есть, благодаря чему питание больных резко страдает. Первым признаком начинающегося улучшения нередко бывает появление аппетита и прибавка в весе; у женщин улучшение нередко обозначается возвращением менструаций, которые при меланхолическом приступе прерываются и вообще расстраиваются гораздо чаще, чем при маниакальном. Выздоровление, как и при маниакальном приступе, идет волнообразно, и при наличии как бы установившегося улучше-

ния с исчезновением всех наиболее тяжелых симптомов возможны неожиданные ухудшения с тяжелыми попытками самоубийства. Ввиду этого при выписке больных, выздоровевших от меланхолического приступа, следует быть очень осторожным, не оставляя без наблюдения и больных, уже возвращаемых в свою семью. Это тем более, что такие больные склонны к диссимуляции, к скрыванию своих болезненных явлений нередко с определенной целью быть выписанными и получить свободу действий.

В зависимости от индивидуальных особенностей, от возраста, отчасти от пола, от наличия экзогенных моментов, в частности осложнения артериосклерозом, клиническая картина маниакально-депрессивного психоза может быть чрезвычайно различна. Она представляет большие отличия и в смысле интенсивности болезненных проявлений. От легких случаев, в которых все явления выражаются в циклических колебаниях настроения и получивших название циклотимии, до тяжелых, сопровождающихся полной или почти полной приостановкой движений и интеллектуального функционирования, возможны все переходы. Что касается частоты отдельных форм по течению, то представление об этом может дать следующая статистика Крепелина. В 40% всех случаев циркулярного психоза в течение всей жизни бывает только по одному приступу, из остальных 35% приходится собственно на циркулярную форму со сменой маниакальных и депрессивных фаз, в 19% бывают только меланхолические приступы, ■ 6% — только маниакальные. Следующий пример может дать представление о клинических проявлениях и течении этого психоза.

Больная О. Б. родилась в 1884 г. Со стороны наследственности по отцовской линии с психической стороны все были живыми, до «родушными», но вспыльчивыми людьми, с физической — тяжелый артериосклероз, болезни сердца, печени и почек, с ясно выраженным мочекальным диатезом. Со стороны родственников матери — нервность, истерические припадки, базедова болезнь, грудная жаба и рак. Мать умерла 37 лет, отравилась. В молодости у нее были приступы тоски, попытки самоубийства, всегда была молчаливая, грустная, имела пять человек детей, трое умерли в раннем детстве, один застрелился, страдал вообще приступами тоски.

Сама больная с раннего детства отличалась физической слабостью, поздно начала ходить и говорить, учение давалось туго, была тиха, плаксива, мало подвижна. Когда появились *meneses*, во время них всегда болела голова, появлялись тоскливость и тревога. В возрасте 17 лет после самоубийства брата лечилась от «неврастении» с истерическими явлениями, тоской и слезами. Через 2 года опять тоскливость, неуверенность, недовольство собой, ей казалось, что только вредит детям, за которыми ухаживала, и из-за этого бросила службу. В возрасте 24 лет, окончив курсы сестер, поступила ■ фельдшерскую школу, но учиться было очень трудно, в это время появились тоскливость, мысли о самоубийстве. Все время, живя у дяди, страдала, что не работает, но не могла решиться приняться за дело. Через 4 года — снова приступ возбужденного состояния. Пробыла 4½ месяца в психиатрической клинике. Отмечалось повышенное настроение, яркость мыслей, повышенная самооценка, была эротична, иногда же появлялась тоскливость, хотела задушиться, часто — истерические явления с плачем и смехом. После выписки и отдыха пробовала опять работать, но появились истерические припадки. Больная лечилась ■ клинике по нервным болезням от «истерии», пока не попала в психиатрическую больницу в сильно депрессивном состоянии. За время пребывания там бывали приступы возбуждения. Потом поправилась, вернулась в общину и работала в амбулатории лет семь. За это время отмечались значительные колебания в настроении. После закрытия общины поступила в амбулаторию при консультации для грудных детей, но через две недели уехала к родн. м. Пробовала служить сестрой, но меняла часто места, снова появилось тоскливое состояние, из-за которого

и поступила в клинику 9 октября 1922 г. Status: больная пикнического склада, отмечается понижение корнеальных рефлексов, сужение поля зрения, красный дермографизм и увеличение щитовидной железы. Со стороны психики надо отметить подавленное настроение, сознание своей непригодности к жизни. Внимание ослаблено и легко отвлекается, количество движений уменьшено, движения медленны, мимика вялая, говорит мало, медленно, тихим голосом; круг интересов ограничен собственной личностью и болезнью. Жалуются на половое возбуждение, влюбляется во врачей. Спит очень плохо и мало, аппетит плохой.

В течение первых двух месяцев такое состояние держалось стойко, затем больная стала много писать и разговаривать, особенно с врачами, хотя настроение еще оставалось депрессивным; вскоре улучшение пошло быстрее; стала заниматься работой, интересоваться окружающим, учиться рисовать, оживилась, но настроение было еще неустойчивое, иногда слегка возбужденное, часто тоскливое, лишь постепенно стало более ровным. Больная почувствовала уверенность в себе, стремление жить самостоятельно, без помощи родных и была выписана в состоянии несколько повышенной бодрости и энергии через шесть месяцев пребывания в лечебнице.

После выписки из клиники поселилась у тетки и месяца два чувствовала себя совсем хорошо, работала по дому, затем опять появилась тоскливость, неопределенные мысли о самоубийстве, томилась одиночеством, неполноценностью, появилась нерешительность, боялась, что плохо справляется с делом, тяготилась жизнью «на шее у родных», однако много работала и исполняла домашние обязанности аккуратно. Бывали мысли о греховности, обвиняла себя в безволии, непригодности, бывали и приступы возбуждения, но всегда чувствовала какое-то угнетение, искала утешения в церкви, приняла католичество из-за жажды исповеди. Вздумала учиться рисовать в студии, но скоро заметила, что отстает от других, стала плакать, один раз на уроке случился истерический припадок, после чего рисование пришлось бросить. Стала мучиться еще больше неопределенностью своего положения, переходом в католичество, упрекала себя в ренегатстве, пока снова не начала ходить в русскую церковь. Постепенно настроение стало улучшаться. В мае 1924 г. состояние перешло в гипоманиакальное. Появился интерес к жизни, хотелось работать, был прилив энергии, общительности, исчезла ее постоянная застенчивость. Так продолжалось до сентября 1924 г., когда она поехала к родным в деревню; условия жизни там были самые благоприятные, но несмотря на это настроение стало падать, больная начала думать, что и здесь она в тягость, переехала к другим родным, чтобы ухаживать за больным ребенком и этим оправдать свое существование, но тоскливость все увеличивалась, появились мысли о самоубийстве, чувствовала как физическую, так и психическую слабость. Вернувшись в Москву в резко тоскливом состоянии, была помещена в клинику, где пробыла с 25 октября 1924 г. по 1 июня 1925 г.

За это время депрессивное состояние, продолжавшееся два месяца, сменилось гипоманиакальным, последнее через три месяца перешло опять в депрессивное, продолжавшееся до ее выписки. Картины этих состояний были похожи на предыдущие.

После выписки больная еще три с половиной недели была депрессивна, почему 25 июня 1925 г. поступила снова в клинику. С физической стороны прибавились лишь сердцебиения и перебои во время волнения и приливы к голове и лицу. Со стороны сердца — небольшое расширение и глуховатые тоны. Мenses стали правильными, иногда приходят через три, четыре недели, продолжаются по два дня. Несколько большее увеличение щитовидной железы. Тремор языка и вытянутых пальцев, повышение глоточного, отсутствие конъюнктивальных рефлексов, повышение сухожильных. globus hystericus, головные боли, много жалоб на различные болевые ощущения. Яркий красный дермографизм, потоотделение и саливация увеличены.

Со стороны психики — подавленное настроение, часто плачет, сидит или ходит медленно одна, «с людьми ей тяжелее». Постоянно ищет утешения у врачей и после беседы делается немного спокойнее. Мучает застенчивость, нерешительность. Плохой сон. Неразговорчива, малоподвижна, писать не любит, значительная заторможенность. Безднадежно смотрит на будущее, считает себя «отбросом», «сорной травой». Через два месяца сильной депрессии стала несколько живее, начала вести записки, но еще не может ни читать ни работать. Снова много беседует с врачами, но только о своей болезни, после беседы

чувству
месяц н
ным воз
общите
гается,
и сдви
жалось
и 8 де
такая
нами
друг
тоскли
Ин
сердца.
затем
циалис
давлени

Эт
особен
пичес
слых.
носят
в возр
т. е. т
вполн
должн
этого
у взр
отмеч
иногда
тоскл
естест
как п
могло
чество
ны е
для э
ность
тами
и тип
самых
Тем б
ного
с кот
циаль
ского
ным с
у дев
зрева
всяко
туции
37 Псв

чувствует себя лучше. Постепенно начала работать, говорить о будущем. Через месяц неожиданный переход в гипоманиакальное состояние с речево-двигательным возбуждением. Изменился весь вид больной, тон голоса стал радостным, общительна, чувствует счастье жизни, всем желает добра. Быстро и много двигается, смеется, много работает, строит планы на будущее. Спит плохо. Бывают сдвиги настроения, когда больная плачет и впадает в уныние. Так продолжалось также два месяца, затем сменилось более спокойным и устойчивым и 8 декабря больная выписана в хорошем состоянии. Последующие три года такая же картина постоянных колебаний в состоянии с ежегодными приступами заболевания, каждый из которых состоит из нескольких, сменяющих друг друга без светлых промежутков гипоманиакального возбуждения или тоскливости.

Интересно отметить, что у больной за протекшие годы развился порок сердца. В первые ее пребывания отмечались «нервные сердцебиения и перебои», затем появилось объективно расширение сердца, а в 1927 г. кроме этого специалистом отмечен систолический шум у верхушки и повышение кровяного давления: min. 110, max. 180.

Маниакально-депрессивный психоз у детей

Этот психоз встречается у детей значительно реже шизофрении, особенно со всеми теми проявлениями, из которых складывается типическая картина маниакального или депрессивного состояния у взрослых. Заболевания у детей старше 10 лет встречаются чаще и здесь носят более отчетливый характер, но описаны типические случаи в возрасте 3—4 лет. Если иметь в виду препсихотические изменения, т. е. те особенности психики, которые наблюдаются еще до первого вполне выраженного приступа психоза, то конечно такие случаи должны встречаться почти так же часто, как типические состояния этого рода у взрослых. Дело в том, что при изучении анамнеза у взрослых циркулярных больных, еще до приступа, почти всегда отмечается ряд особенностей в характере, колебания настроения и иногда кратковременные, и притом слабо очерченные, состояния тоскливости или возбуждения. Ввиду слабой выраженности явлений естественно, что они не обращают на себя внимания и трактуются как простая нервность. Между тем более внимательное их изучение могло бы открыть среди общей массы этой «нервности» известное количество случаев, на которые нужно смотреть как на рудиментарные формы циркулярного психоза. Поскольку для этого заболевания существенным является большая эмоциональность и поскольку, с другой стороны, определяющими для нее моментами являются гормоны половых желез, постольку наиболее ярких и типических картин мании или меланхолии нельзя встретить кроме самых исключительных случаев до наступления полового созревания. Тем более, что здесь не может быть столь характерного маниакального симптома, как эротизм, и вообще повышенной сексуальности, с которой в определенной генетической связи стоят особенности социальных установок. Естественно также, что и относительно детского возраста более или менее выраженные приступы бывают главным образом в периоде, предшествующем наступлению менструаций у девочек и аналогичных признаков приближающегося полового созревания у мальчиков. Как известно, в этом периоде очень часто и без всякого отношения к циркулярному психозу или циклоидной конституции в характере детей наблюдаются изменения в смысле повышен-

ной активности и возбудимости, у мальчиков иногда проявляемой в форме особенно подчеркнутой грубости в отношении к девочкам. Не типичны также и депрессивные состояния в детском возрасте. Тоскливость здесь более элементарна и часто носит характер неопределенной скуки; иногда вместо тоски, как таковой, на первый план выдвигаются эмоции страха. В частности обычно не наблюдается идей самообвинения. Нет вообще той сложности и глубины переживаний, которые свойственны взрослым меланхоликам. Возможны картины, которые легче всего понять с точки зрения смешанных состояний, из которых чаще всего приходится наблюдать меланхолию с ажитацией. Глубина тоскливости у взрослых меланхоликов наиболее демонстративно проявляется, как известно, в упорных попытках самоубийств, которые часто делаются совершенно неожиданно для окружающих, тем более что в таких случаях обычно не наблюдается и внешних признаков тоскливости, плача, жалоб и т. п. Покушения на самоубийство, стремление к которому вытекает из понижения самочувствия с подавлением столь сильного инстинкта, как самосохранение, наблюдается и у детей. Покушения самоубийства, и даже вполне удавшиеся, не представляют у них исключительного явления.

Следующей особенностью этого психоза у детей является то, что приступы его чаще, чем у взрослых, носят реактивный характер, развиваясь вслед за какими-нибудь угнетающими переживаниями, иногда инфекциями и другими экзогенными моментами. Соответственно этому не совсем ясны отношения между сравнительной частотой маниакальных и депрессивных приступов у детей. Как известно, чем меньше пациент, тем больше шансов, что если он заболевает циркулярным психозом, то последний будет в маниакальной форме, а не депрессивной. Если продолжить известную схему Кречмер-пелина частоты маниакальных и депрессивных приступов в разные периоды жизни и на детский возраст, то у детей совсем не должно было бы быть депрессивных приступов. Между тем они бывают, и не так редко. Возможно, что значительная часть циркулярного психоза у детей в маниакальной форме возникает по типу реактивной депрессии и является причиной этого несоответствия между теоретическими ожиданиями и действительностью. Не нужно забывать конечно, что если наблюдаются случаи конституциональной депрессии, наиболее существенные черты которых выявляются уже в детском возрасте, то возможны у детей и чистые, хотя может быть не особенно резко выраженные случаи депрессии циркулярного ряда. В связи со всеми перечисленными особенностями стоит малая типичность течения циркулярного психоза, недостаточная очерченность отдельных приступов, особенно в смысле начала каждого из них и окончания и правильности их чередования. Соответственно этому хотя на интеллект, как и у взрослых, отдельные фазы не оказывают влияния, эмоциональная волевая сфера представляется обычно более неустойчивой и в светлые промежутки. В общем нужно признать, что в детском возрасте гораздо чаще бывают патологические конституции, относимые к циркулярному психозу, чем вполне выраженные заболевания этого характера.

Соматические изменения при циркулярном психозе

Направление биологических реакций, в особенности в деятельности отдельных внутренних органов и склонность к тем или другим заболеваниям, равно как и весь обмен веществ в данном случае находятся в особенно тесной зависимости от соматического типа строения тела. Корреляции, установленные Кречмером между циркулярным психозом и преобладанием пикнического сложения, нашли себе подтверждение на больных, относящихся к самым различным странам. Роден в 1926 г. сопоставил все проверочные

исследования, касающиеся в общем 3 262 шизофреников и 981 больного с маниакально-депрессивным психозом, причем оказалось следующее:

	Ман.-депр. психоз	Шизофрения
Пикнический и смешанно-пикн. тип	66,7	12,8
Лептозомы и атлетики	23,6	66,6
Диспластики	9,3	11,93
Атипическое сложение	0,4	9,3

Из различных систем органов особенно значительное отклонение представляет сердечно-сосудистый аппарат. Прежде всего нужно указать на часто наблюдающиеся вазомоторные расстройства, приливы крови к лицу и голове. При обыкновенном исследовании очень частыми оказываются изменения со стороны пульса и кровяного давления. Пульс обычно оказывается учащенным, и притом сравнительно мягким, у маниакальных больных и напряженным при депрессии. Кровяное давление по некоторым данным понижено иногда в первом случае, но имеются указания на его повышение и в этом состоянии. Что же касается депрессивных фаз, то здесь оно как правило более или менее повышено. Вегетативные расстройства, вообще очень часто выраженные при циркулярном психозе, характеризуются преобладанием тонуса симпатической нервной системы. Полярность, существующая во многих отношениях между циркулярными больными и шизофрениками, которые обычно оказываются ваготониками, наблюдается и здесь. Проф. В. И. Протопопов считает для больных с маниакально-депрессивным психозом характерной триаду, указывающую на повышение тонуса симпатической системы и состоящую из учащения пульса, расширения зрачков и склонности к запорам. Все эти явления несомненно стоят в связи с измененным химизмом и в частности с гипергликемией и адреналинемией, особенно отчетливо констатируемой у депрессивных больных. В общей части было указано, что гипергликемия и адреналинемия имеют значение в происхождении состояния страха, и конечно это имеет прямое отношение к меланхоликам. Понятно также, почему у них чувство тоскливости и боязливого ожидания чего-то обычно локализуется в области сердца: повышение кровяного давления с сжатием сосудов, увеличивая напряженность работы сердца, несомненно должно давать и особые ощущения. На большое участие симпатической нервной системы указывают и наблюдаемые у многих циркулярных больных многочисленные родимые пятна, кожные сосудистые опухоли, а также склонность к развитию веснушек и усиленного загара. С отмеченными особенностями вегетативных процессов стоит в связи большая склонность больных к заболеванию сердца и сосудов, а также к патологической полноте и даже к ожирению. Артериосклероз, развивающийся в данном случае иногда очень рано, объясняется естественно повышенным давлением крови и теми изменениями химизма, которые ведут к нему; от тех же причин и в частности от повышенной возбудимости сердечно-сосудистой системы зависит и большая заболеваемость сердца. В этом отношении заслуживают большого внимания данные вскрытия с указанием причин смерти, опубликованные авторами, имевшими в своем распоряжении большой материал, как например Плазеллера в тирольской больнице Hell и Шпада в Мюнхенской клинике. При этом оказываются, что у циркулярных больных очень частой причиной смерти оказываются заболевания сердца и сосудов. С этим стоит в связи то, что очень часто такие больные погибают от пневмонии именно потому, что сердечная деятельность у них недостаточна. Что касается склонности к ожирению, то она объясняется указанными расстройствами углеводного обмена: она вместе с склонностью к подагре входит до известной степени в характеристику пикнического типа. По нашим наблюдениям сюда нужно отнести и сравнительно нередкую смерть от рака самих больных и в особенности частоту его среди родственников циркулярных больных, подтверждение чего можно видеть и в статистике, недавно опубликованной Э. Каном. О глубоком расстройстве обмена говорит и столь частый признак, как инди-канурия; отчасти она стоит в связи с частыми запорами у циркулярных больных, но дело не только в них—это видно из того, что ее иногда не удается устранить и самым тщательным урегулированием кишечных отпавлений.

Сущность болезни

Что маниакально-депрессивный психоз развивается на почве тяжелого наследственного отягощения, было ясно уже старым психиатрам. В период изучения наследственности по методу массовой и суммарной статистики было установлено, что в данном случае те или другие душевные заболевания в семьях больных могут быть констатированы не менее как в 90%. Более ясное представление о характере наследственных взаимоотношений дает изучение отдельных родов с учетом здоровых представителей его в целом ряде поколений, в особенности с применением принципов менделизма. Но еще до более полных исследований по этому вопросу Рюдина, Гофмана и Кана было установлено, что имеется определенное родство между характером заболеваний у данного пациента и тем, что в этом отношении вообще наблюдается в семье как в смысле вполне выраженных заболеваний, так и особенностей психического склада. Липшюц в восходящих поколениях своих меланхоликов нашел очень много людей, серьезно принимающих жизнь, склонных к задумчивости и грусти. Особенно рельефно выступает связь меланхолических фаз циркулярного психоза с конституциональными особенностями у больных, описанных в монографии Рейса. По исследованиям упомянутых авторов, стоявших на точке зрения Менделя, между циркулярным психозом у того или другого больного и циклоидными темпераментами, широко распространенными в таких семьях, существует несомненная генетическая связь. Важно именно, что среди родственников, и притом обычно по прямым восходящим линиям, встречаются не только резко выраженные психозы, но и более легкие случаи — циклотимии, случаи с конституциональной депрессией или гипоманиакальной конституцией — просто циклоидные темпераменты. При этом параллельно корреляциям в психической сфере идут такие же корреляции и в смысле соматического сложения. Соотношение психических особенностей более определенно можно видеть на следующей таблице, составленной Э. Ка-

Характер наследственного отягощения	Клиническая характеристика					
	Смеш. сост.	Циклот.	Гипом. темп.	Конст. депресс.	Меланх.	Маниак.
Меланхолия	3	1	1	3	35	6
Циркулярный психоз	—	1	1	—	4	4
Конституциональная депрессия	1	—	—	1	12	3
Гипоманический темперамент	4	2	6	2	23	13
Раздражительность	3	—	10	2	31	4
Странности	1	—	1	1	11	4
Гипохондричность	—	2	4	—	27	5
Неустойчивое настроение	3	1	—	2	4	3
Самоубийство	3	1	2	—	31	3
Болезни сердца, артериосклероз	4	1	8	—	14	2
Рак	1	1	6	1	27	7
Алкоголизм	1	3	8	—	—	—
Шизофрения	2	1	5	2	17	4

ном отде-
случаев
Таких
психоз в
своеобра
сложени
древе, ха
характер
логическ
явлений
в семьях
ного пси
передава
По насл
а, как го
вания. I
ется как
за, иног
чительн
сторонн
ния, в
вания. 3
ные энд
авторы
ядовить
психоза
гда раз
после к
грессив
Понятн
у женщи
нью по
полово
имеет м
влени
вания
сомнен
ции яи
тельны
в этиол
сов поз
рых ж
таться
у женщ
тельна
приход
значен
щие в
вниман
психоз
страха

ном отдельно для мужчин и женщин на основании исследований 243 случаев маниакально-депрессивного психоза.

Таким образом можно сказать, что маниакально-депрессивный психоз в каждом отдельном случае развивается не только на почве своеобразной препсихотической личности в связи с пикническим сложением, но вместе с тем вырастает на особом генеалогическом древе, характеризующемся как более легкими заболеваниями того же характера, так, еще чаще, циклоидными темпераментами. Генеалогическое изучение показывает, что все это—различные формы проявлений одной и той же сущности. Циклоидность широко разлита в семьях этого рода, с чем стоит в связи характерный для циркулярного психоза доминирующий тип наследственности с склонностью передаваться по прямым нисходящим линиям—от отца к сыну и т. д. По наследству передается при этом собственно не самый психоз, а, как говорит Штранский, особый конституциональный тип реагирования. Иногда эта болезненная форма реагирования всю жизнь остается как бы в латентном состоянии, не давая даже легких форм психоза, иногда же последний развивается в резкой форме, и притом исключительно из внутренних причин, иногда под влиянием толчков со стороны. В качестве последних фигурируют соматические заболевания, в частности инфекции, но в особенности психические переживания. Экзогенными по отношению к мозгу являются также и различные эндогенные отравления, и с известными основаниями некоторые авторы весь психоз рассматривают как болезнь обмена с развитием ядовитых продуктов, накопление которых дает реакцию в форме психоза. Экзогенными причинами в том же смысле являются иногда различные мозговые заболевания, например опухоли, рубцы после кровоизлияний. Такую же роль, как мы видели в главе о прогрессивном параличе, может сыграть специфический процесс в мозгу. Понятно с этой точки зрения, что ближайшей причиной заболевания у женщин нередко могут быть различные процессы, связанные с жизнью пола, с менструациями, беременностью, послеродовой период, половое созревание и в особенности увядание. Во всех этих случаях имеет место несомненное нарушение биологических процессов с отравлением нервной системы ядовитыми продуктами. Если не без основания говорят о так называемой дизовариальной депрессии, то несомненно во всех перечисленных случаях имеются нарушения функции яичников, естественно влекущие за собой более или менее значительные сдвиги в психическом функционировании. Большой ролью в этиологии циркулярного психоза не гладко протекающих процессов пола объясняется отчасти преобладание его у женщин, для которых жизнь пола имеет гораздо большее значение. Приходится считаться и с эмоциональностью, которая вообще более значительна у женщин, чем у мужчин, и это—другая и видимо еще более значительная причина того, что 70% всех случаев циркулярного психоза приходится на женщин. При этих условиях естественно, что особое значение получают психические потрясения, очень часто фигурирующие в качестве вызывающих причин в данном случае. Принимая во внимание вышеизложенные данные о нарушении химизма при этом психозе, понятен и механизм психического воздействия. Состояния страха, вызываемые влияниями извне, как то было найдено и в экспе-

риментах на животных, сопровождаются химическими изменениями в крови, в частности появлением в ней адреналина. В случаях психической травмы у циклоидов связанные с ней изменения химизма присоединяются к уже имеющейся неустойчивости обмена, лежащей в основе циклоидной конституции. В результате возникает определенный болезненный сдвиг.

Что лежащие в основе циркулярного психоза изменения имеют конституциональный характер, в особенности доказывается теми нередкими случаями, где нет чистоты и однородности психических картин ни во всем генеалогическом древе, ни в препсихотической личности, ни в соматическом типе. Прежний взгляд, по которому шизофрения и циркулярный психоз — настолько биологически разнородные заболевания, что не встречаются в одной семье, а тем более у одного и того же больного, уступает место другим воззрениям. Теперь считается вполне возможным объяснять многие сложные клинические случаи как результат смешения или перекрещивания различных эндогенных компонентов. Кроме смешанных состояний циркулярного психоза, состоящих из смешения маниакальных и одновременно меланхолических компонентов, о чем мы говорили выше, возможны смешанные психозы в смысле составления клинической картины из компонентов как циркулярного, так и шизофренического психоза. На такой точке зрения стоят как биологи и генетики, например Кречмер, Гофман, Кан, так и клиницисты, каковы Смит, проф. В. П. Осипов, Герц и другие. Не нужно однако смешение понимать буквально в смысле механической смеси циркулярных и шизофренических симптомов во всевозможных сочетаниях и в любых пропорциях. Поскольку здесь речь идет об явлениях, передающихся по наследству, может иметь место включение в клиническую картину целого комплекса симптомов, относящихся к тому или другому кругу и притом объединенных каким-нибудь основным кардинальным признаком. Здесь очень подходит мысль Крепелина, высказанная им по другому поводу, как бы о включении нового регистра, благодаря чему все явления или по крайней мере многие из них перестраиваются на новый лад. Особенно ясно это можно видеть на признаке периодичности. Последний, взятый из циркулярного круга, может войти в шизофреническую картину, определив собой все течение болезни. Именно так можно понимать те нередкие случаи, когда все заболевание течет ясно по циркулярному типу, давая на протяжении жизни ряд отдельных приступов, каждый из которых заканчивается выздоровлением, хотя в смысле особенностей галлюцинаций, бредовых идей и всего поведения имеет ясную шизофреническую структуру; в эмоциональной сфере таких больных все же больше живости, чем то наблюдается у шизофреников, и обычно нет такой полной недоступности. Примесь циклоидных ген к шизофренической сущности может изменить клиническую картину и не делая всего течения болезни циркулярным, но влияя определенным образом на ее продолжительность и структуру. Таков тип Мауца — шизофрении с пикническим сложением, характеризующийся более мягким течением, с возможностью более благоприятного исхода и с некоторой склонностью к циркулярному течению. Интересны следующие статистические данные Гофмана о взаимоотношении между сложением тела и особенностями течения шизофрении.

1. Ремиттирующая шизофрения:	
а) Пикнический и смешанно-пикнический тип	14
б) Астенический (лептозомный)	6
в) Другие сложения	7
2. Прогрессирующая простая шизофрения:	
а) Пикнический и смешанно-пикнический тип	2
б) Астенический	12
в) Другие сложения	5

Аналогичные изменения можно наблюдать, с другой стороны, ■ в пикнических проявлениях циркулярного психоза, если он развивается не у пикников, а у астеников, другими словами — в случае примеси шизоидных генов.

Мауц и Ланге обратили внимание, что в этих случаях течение обычно оказывается более неблагоприятным и самая структура психоза становится атипичной; так, нередко можно констатировать примесь большого количества кататонических явлений; иногда обращает на себя внимание недостаточная эмоциональная живость, как бы шизоидность и неполная доступность. Астеническое сложение влияет определенным образом и на продолжительность циркулярного приступа. При пикническом сложении оно равно в среднем $5\frac{1}{2}$ месяцам, а при астеническом— $10\frac{1}{2}$ месяцам. Интересны наблюдения Смита над потомством детей с конвергирующей наследственностью в том смысле, что отец—шизофреник, а мать страдает циркулярным психозом, или наоборот; приблизительно в половине случаев психические заболевания детей протекают как чистая форма циркулярного психоза или шизофрении, а в остальных—все смешанные картины с более продолжительным течением. Заслуживает внимания при этом, что скрещивание шизофреников с циркулярными больными дает большее количество детей-шизофреников, чем скрещивание их со здоровыми; видимо, как думал Рюдин, циркулярный психоз активизирует шизоидное предрасположение. Несомненно, с другой стороны, что процесс, лежащий в основе шизофрении, может выявить скрытое предрасположение к форме реагирования, свойственной циркулярному психозу.

По нашим наблюдениям одним из наиболее встречающихся видов смешанных психозов является тот, при котором первые приступы психозов носят более или менее чистую картину маниакального или депрессивного состояния, последующие же все больше носят печать шизофрении, кончаясь состояниями, в принадлежности которых к последней не может быть никакого сомнения. В особенности как об особом типе можно говорить о случаях, когда первый приступ развивается в возрасте около 30 лет, т. е. в возрасте, необычном для циркулярного психоза, причем далее приступы сравнительно быстро следуют друг за другом. Можно думать при этом, что приступы циркулярного психоза здесь и вызываются шизофреническим процессом и как бы связаны им на сравнительно небольшом промежутке времени.

Область смешанных психозов принадлежит к наиболее интересным, хотя и мало еще разработанным в психиатрии. Такие случаи в особенности ясно показывают, что циркулярные больные в своем существе это—особая вариация психических личностей, характеризующаяся особой формой реагирования на эндо- и экзогенные влияния, обусловленные в свою очередь унаследованными особенностями всего психофизического склада. При этом эндогенная сущность может всю жизнь остаться в латентном состоянии, выражаясь все же обычно характерным циклоидным темпераментом; иногда же, в особенности под влиянием неблагоприятных экзогенных моментов,—в вспышках психоза. Характерные черты психофизического склада в свою очередь определяются особенностями в формировании и функционировании закрытых желез. Это настолько несомненно, что например Вут, очень много работавший в области вегетативных процессов у душевнобольных, считает, что сущность циркулярного психоза сводится к эндокринным расстройствам, причем особенный акцент приходится ставить на нарушении деятельности половых желез и надпочечников. Таким образом, говоря в самой общей форме, циркулярный психоз представляет конституциональную аномалию, в известном смысле порок развития, и может быть в этом отношении сопоставлен с такими клиническими формами, как конституциональная нервность и психопатия.

Распознавание маниакально-депрессивного психоза и прогноз при нем

В типических случаях распознавание не может представить особенных затруднений, в особенности если болезненные явления выражены более или менее резко. Нужно помнить, что основными являются эмоциональные изменения, и именно наличие стойкого повышения самочувствия или такого же определенного депрессивного фона; существенно при этом, что если внешние моменты и играют ту или другую роль, то только в смысле наслоений к чему-то, существующему независимо от них и идущему откуда-то из глубины. Для интеллектуальных и волевых расстройств циркулярных больных характерно, во-первых, что все они в такой же мере представляют явления возбуждения, то

большое диагностическое значение имеет наличие скачки мыслей, типичной отвлекаемости и в общем повышенной продуктивности. В особенности характерно, что содержание сознания, равно как и все поведение находятся в полном соответствии с самочувствием и в целом психологически понятны. Нужно помнить также, что над всем доминируют центральные свойства циклоидной психики, именно ее с и н т о н н о с т ь с о к р у ж а ю щ и м и направление внимания и всей деятельности на те или другие объекты окружающего. Кардинальным признаком нужно считать также с о х р а н н о с т ь и н т е л л е к т а, отсутствие в нем стойких расстройств, говорящих о наличии слабоумия и выходящих из рамок того, что находит себе объяснение в маниакальной отвлекаемости с поспешностью заключений или во временном заторможении. При диагнозе циркулярного психоза вообще больше приходится приписывать значение структуре клинической картины и меньше — собственно признаку периодичности, как ввиду того, что болезнь за всю жизнь может дать только один приступ, так еще более потому, что периодически могут протекать и другие психозы и в частности шизофрения, с которой легче всего можно ее смешать. Что касается вообще дифференциального диагноза, то в легких случаях, называемых циклотимией, известные затруднения могут представить различные невротические состояния, при которых очень нередко колебания настроения; однако в генезе невротических реакций всегда играют роль помимо собственно известной врожденной или приобретенной неустойчивости те или другие психические факторы, влияющие определенным образом и на самое содержание психических переживаний; психологически понятных связей изменений, занимающих центральное место в структуре психоза, нужно искать поэтому именно с психогенными факторами, а не с основным эмоциональным фоном. Кроме того в этих случаях не бывает и сколько-нибудь правильной цикличности состояний, колебания которых находятся в зависимости от случайных внешних моментов. Особенно значительные затруднения для дифференциального диагноза может представить отграничение психастении от клинических картин, относящихся к конституциональным изменениям циркулярного ряда. Опорными пунктами может служить то, что во втором случае основным нужно считать эмоциональные изменения, а в первом — интеллектуальные и вообще психические слабость. Но, как приходилось говорить выше, затруднения здесь происходят главным образом от того, что в обоих случаях речь идет о некоторых недостаточно дифференцированных конституциональных состояниях, которые ясные различия могут дать только при большом развитии болезненных явлений, а в неразвитом состоянии представляют нечто общее и в своей малой дифференцированности единое, близкое к той matrix, из которой развиваются при известных условиях более яркие и определенно отличающиеся одна от другой клинические картины. Нужно помнить далее о возможности смешения с эпилептическими изменениями настроения, которые также, по своему существу являясь эндогенными, возникают изнутри и характеризуются большой тоскливостью. Они однако по своему течению не обнаруживают цикличности, не говоря уже о том, что они представляют только часть сложной клинической картины с симптомами ясно эпилептической природы. Эндогенный характер носят и колебания настроения, иногда наблюдающиеся в начальных стадиях медленно развивающейся шизофрении. Следует помнить, что легкие депрессии нередко протекают главным образом с соматическими жалобами и явлениями и могут быть приняты за чисто соматические заболевания.

Более или менее значительные затруднения могут встретиться, с другой стороны, в случаях циркулярного психоза с очень большим возбуждением или, наоборот, угнетением, но главным образом вследствие трудности ознакомления со структурой психических изменений благодаря состоянию больного. Но маниакальное возбуждение, как бы ни было оно велико, существенно отличается от возбуждений другого рода, с которыми приходится встречаться в клинике, именно от аналогичных состояний при шизофрении, эпилепсии, параличе помешанных или других заболеваниях с характером процесса. Маниакальное возбуждение всегда ярко, красочно, разносторонне; даже в выкрикивании отдельных слов, как бывает на высоте возбуждения, можно уловить элементы отвлекаемости и повышенной продуктивности; оно представляет совершенно иную картину сравнительно с шизофреническим возбуждением, которое прежде всего однообразно; часто это исключительно

речевое возбуждение с полной бессвязностью, со стереотипным повторением и вербигерацией; также и двигательное возбуждение шизофреников своей судорожностью, беспорядочностью и однообразием отличается от того, что представляют маниакальные больные, все время находящиеся в движении, потому что стремятся выполнить большое количество теснящихся в их сознании и постоянно сменяющих одно другое намерений. Кроме того как при шизофрении, так еще больше при вышеупомянутых органических заболеваниях имеется определенная печать интеллектуальной деградации, и всегда налицо характерные для того или другого заболевания симптомы. Аналогичные отличия имеются между маниакальным заторможением и кататоническим ступором: в последнем нет общего равномерного заторможения с известной цикличностью в смысле нарастания его и сглаживания, причем особенно характерны неожиданные переходы от полной остановки движений к импульсивному возбуждению. Имеют значение и особенности галлюцинаций и бреда, если они вообще наблюдаются, что бывает гораздо чаще при шизофрении. Если при циркулярном психозе бывают вообще расстройства этого рода, то едва ли это относится к обонятельным и слуховым галлюцинациям, особым ощущениям в теле, галлюцинациям общего чувства, псевдогаллюцинациям, явлениям *Gedankenlautwerden* и бреду физического воздействия; все это более или менее определенно указывает на шизофрению.

Еще раз нужно подчеркнуть отсутствие собственно слабоумия при циркулярном психозе, какова бы ни была его продолжительность, если нет каких либо осложнений. Поэтому наличие в клинической картине нелепого, бессмысленного в самой своей конструкции бреда, как бы ни было велико сходство с маниакальным возбуждением, заставляет искать органической основы, прежде всего прогрессивного паралича. Нужно помнить однако, что циркулярный психоз может иногда развиваться у субъектов с невысоким интеллектом или даже дебильных. При развитии маниакального состояния может выступить дурашливость, которая вместе с ребяческим характером бреда и гипохондрическими идеями может дать повод для смешения с шизофренией. То же нужно сказать о картине депрессивной стадии у таких интеллектуально недостаточных субъектов с ее внутренней пустотой и некоторой тупостью. Для дифференциального диагноза могут быть использованы наконец еще два обстоятельства. Первое это то, на что особое внимание обращал Рем (Rehm), именно отсутствие так называемых физических признаков вырождения, и второе — отрицательные данные неврологического исследования, которое так много дает не только при прогрессивном параличе помешанных, но и при других психозах.

При оценке клинических картин, относящихся к маниакальному депрессивному психозу, нужно помнить, как и во всех других случаях, что и наличие вполне определенного комплекса явлений, имеющих решающее значение для ответа на вопрос о диагнозе, не дает права заключать, что все дело ограничивается одним психозом, в данном случае циркулярным. В главе о сущности этого заболевания мы говорили уже, что иногда приходится констатировать смешанные психозы, в частности картины маниакального или меланхолического характера с примесью шизофренических симптомов. Кроме них иногда приходится наблюдать сочетание с другими заболеваниями, не шизофренией, притом также не в смысле механической смеси, а комбиноза, в котором симптомы разных заболеваний, переплетаясь вместе, в то же время влияют друг на друга. В этом смысле можно расценивать нередкие случаи, когда у циркулярных больных с вполне типическим течением наблюдаются истерические явления. Мы здесь имеем в виду не те особенности больных, особенно женщин, в гипоманиакальном состоянии, когда у них появляется особенная кокетливость, стремление порисоваться, иногда агравировать свое болезненное состояние и даже устроить подобие настоящего припадка. В этих случаях все явления, дающие право говорить об истеричности, приходят вместе с приступом и вместе с ним исчезают. Но иногда приходится наблюдать различные истерические проявления и даже судорожные припадки во всем течении болезни и притом вне связи с приступами и в промежутках между ними; здесь можно отыскать и соответствующие истерические механизмы с большой ролью психических факторов. Еще больше права говорить о комбинозе дают те не редкие случаи, когда вместе с наступлением пожилого возраста развиваются явления склероза мозговых сосудов. Клиническая картина в этих случаях видоизменяется вследствие не только

своего затяжного характера, но и наличия симптомов артериосклеротического порядка, в своей структуре и тяжести зависящих от распространенности склеротического процесса. Как о комбинозах приходится говорить о циркулярном параличе помешанных и о тех случаях, когда конституциональные моменты, свойственные маниакально-депрессивному психозу, являются такими мозговыми процессами, как опухоли мозга.

Предсказание при циркулярном психозе, не являющееся вообще особенно неблагоприятным, должно исходить не столько из общего положения, что каждый приступ заканчивается как правило выздоровлением, сколько из оценки всех особенностей случая. Опорным пунктом при суждении о продолжительности приступа и о дальнейшем течении может служить тот факт, что отдельные приступы вообще имеют тенденцию повторять друг друга, но это не относится к позднему возрасту и к случаям, осложненным артериосклерозом, когда приступы очень часто затягиваются и могут стать даже стационарными (рис. 111). Случаи, когда заболевание протекает с ординарным маниакальным или депрессивным приступом, дают лучшее предсказание, чем случаи с чередованием двойных приступов. Смешанные состояния вообще указывают на то, что благоприятный прогноз можно ставить с большой осторожностью. В особенности неблагоприятен прогноз, если много приступов с циркуляцией противоположных состояний следуют друг за другом без светлых промежутков. Наконец, говоря о прогнозе, нужно иметь в виду и тенденцию к самоубийству, которая не во всех случаях бывает одинаково выражена.

Профилактика и лечение

Поскольку явления циркулярного психоза развиваются на основе конституциональных изменений, которые намечаются уже с детства, имеет значение общее укрепление организма, повышающее нервно-психическую устойчивость, а так как развитию приступа очень часто способствуют соматические заболевания, в частности инфекции и психические потрясения, то все, что может помочь свести до минимума действия этих моментов, имеет большое профилактическое значение. Роль профилактики тем более важна, что и здесь наследственность не имеет исключительного значения. Это видно из того, что даже в тех семьях, где один из родителей страдал или страдает вполне выраженным циркулярным психозом, дети только в меньшей части случаев, по Рему только в 29%, обнаруживают явления, которые указывают на генетическое родство с ним.

Что касается **лечения**, то оно может иметь в виду не столько болезнь в целом; сколько, отдельные приступы. Во всех случаях, когда явления маниакального возбуждения или депрессии выражены сколько-нибудь значительно, необходимо помещение в больницу как для устранения психической травматизации, идущей из окружающего, так и для предупреждения каких-нибудь проявлений агрессивности и в особенности ввиду опасности самоубийства. В остром периоде необходимо постельное содержание, которое сберегает силы, предупреждает столкновение с другими маниакальными больными и облегчает наблюдение, что особенно важно по отношению к больным с мыслями о самоубийстве. Громадное значение имеют создание

подходящей обстановки и правильный подход медперсонала. Для маниакальных больных важно, чтобы они не были размещены очень тесно, так как иначе неизбежны постоянные столкновения с другими. Стеснение от скученности замечают и сами больные. Одна наша пациентка, знакомая по собственному продолжительному опыту с условиями, в которых проходит жизнь больных в психиатрических больницах, говорила с полным основанием: «Психиатрия—это прежде всего пространство». Такое же значение имеет занятие внимания больных какой-либо иной работой или вообще чем-либо, на что уходила бы их кипучая энергия, которая иначе будет выливаться в спорах, агрессивных или разрушительных наклонностях. Для меланхоликов помимо неусыпного наблюдения очень важно ласковое, внимательное отношение, возможность всегда найти утешение, подбадривание со стороны персонала. Больные как будто ничем не реагируют на слова успокоения и убеждения в том, что они поправятся и не будут страдать от своих мучительных переживаний, но потом по выздоровлении они обычно передают, что не будь этой поддержки им еще труднее было бы переносить свои мучительные мысли и ощущения, а иногда приходится слышать, что участливое отношение лечащего персонала прямо удерживало от самоубийства, так как оно доставило бы большое огорчение лицам, оказывающим больному так много внимания. Естественно, что меланхоликам даже без значительного заторможения полезен полный психический покой и какие-либо развлечения противопоказаны.

При лечении прежде всего необходимо заботиться о физическом состоянии и главным образом о питании. Это тем более необходимо, что аппетит у меланхоликов бывает очень ослаблен и нередко наблюдаются упорные отказы от еды. В легких случаях достаточно бывает уговоров, чтобы кормить больного, очень часто приходится кормить с ложки, как маленького ребенка, в тяжелых случаях бывает необходимо кормление зондом. Улучшению питания помогают солевые и просто промывательные клизмы. Последние, равно как и назначение слабительных, тем более оказываются полезными, что при наклонности к запорам таких больных урегулирование кишечника играет вообще очень большую роль.

В системе лечения больных с циркулярным психозом видное место занимают в а н н ы, горячие ($36-38^{\circ}$) и продолжительные (час-два и более) при маниакальном возбуждении и сравнительно не-продолжительные—у меланхоликов. Последним очень полезны также углекислые или щелочно-соляные ванны. Они особенно способны уменьшить общее напряжение, расслабить повышенный тонус сердечно-сосудистой системы и принести значительное успокоение. Такое же значение имеют кислородные ванны. Из физических методов лечения к депрессивным больным без резких явлений заторможения с успехом применяют ритмическую фарадизацию, токи Тесля, д'Арсонваля, лечение статическим электричеством. Ввиду нарушения системы эндокринного равновесия показаны вытяжки закрытых желез, из них определенные теоретические показания имеются для овариина, спермина, гравидана; на практике они оказываются несомненно полезными и именно у депрессивных больных, в особенности при отказе

от пищи. Приносят пользу впрыскивания и н с у л и н а. Что касается собственно фармацевтических препаратов, то нельзя обойтись без наркотических средств. У меланхоликов чаще всего применяется к о д е и н (0,01—0,02 на прием), солянокислый г е р о и н (0,004—0,005), бром с кодеином; показаны также в д у в а н и я п о д к о ж у к и с л о р о д а (200—300 см³ ежедневно или три раза в неделю); морфия лучше избегать вследствие возможности привыкания, впрыскивания морфия под кожу (0,01) могут быть показаны только в отдельных случаях *raptus melancholici*. У маниакальных больных приходится применять большие дозы брома, маленькие дозы снотворного (л ю м и н а л по 0,1, в е р о н а л по 0,2 два-три раза). Впрыскивание под кожу скополамина и дюбуазина следует избегать, так как они являются своего рода химически связывающим средством и дурно действуют на самочувствие.

33. ВРОЖДЕННЫЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ

Расширение рамок психиатрии, ставшее необходимым ■ известном периоде ее развития и как науки, изучающей сущность психоза и как дисциплины, ставящей своей задачей борьбу за нервно-психическое здоровье, привело к ознакомлению с громадной областью различных случаев, которым присвоено название п о г р а н и ч н ы х и которые Груле объединяет под именем м а л о й п с и х и а т р и и. Термин п о г р а н и ч н ы й при этом может быть понимаем в двояком смысле. Прежде всего он обозначает, что речь идет о чем-то, стоящем на границе между нормой и душевной болезнью. При этом здесь не имеются в виду начальные степени психозов, хотя бы им и был свойствен этот момент пограничности; последний здесь является непродолжительным и во всяком случае временным. Могли бы быть до известной степени отнесены к пограничным состояниям рудиментарные формы психозов, в которых болезненные явления всю жизнь остаются приблизительно на одном уровне, не усиливаясь до той степени, при которой можно говорить о вполне сложившейся душевной болезни. По вполне понятным причинам все эти случаи описываются ■ соответствующих главах вместе с вполне выраженными формами той же болезни. Название п о г р а н и ч н ы й обычно понимается в том смысле, что случай, о котором идет речь, столько же относится к психиатрии, сколько к неврологии, внутренней медицине или к другим дисциплинам. В этом случае пограничными имеют право называться все невроты и различные болезненные состояния при эндокринных и вообще соматических расстройствах, описываемые нами в соответствующих главах. Пограничные состояния в собственном смысле могут быть разделены на две большие группы. В одной из них речь идет об изменениях, отмечающихся с самых первых лет жизни и являющихся в своей основе врожденными, хотя различные моменты в личной жизни могут их вызвать в более яркой форме, а иногда и придать им особое направление. В других случаях этой группы речь идет об изменениях явно болезненного характера—это в р о ж д е н н ы е б о л е з н е н ы е с о с т о я н и я. В других—скорее можно говорить о своеобразных в а р и а ц и я х п с и х и ч е с к о й л и ч н о с т и, с проявлениями ярко и негармонично выраженных индивидуальностей.

Вторую болезненную группу пограничных состояний составляют случаи реактивных изменений в связи главным образом с психическими переживаниями. Сюда относятся невротические реакции и психогенные состояния. Клинические проявления в тех и других случаях определяются структурой личности и характером вызывающих моментов. Естественно, что реактивные изменения легче возникают на фоне известной неустойчивости психики и что в связи с этим невротические реакции особенно типичны для психопатических личностей. То же относится к психогенным состояниям. По своей интенсивности как невротические реакции, так и психогенные состояния могут быть очень резко выражены, давая право говорить о психоневрозе или принимая даже форму психоза—о психотической реакции. Все же их целесообразнее описывать в отделе пограничных состояний и не только потому, что громадное большинство остается именно на границе между здоровьем и болезнью; еще важнее, что они имеют одинаковые со всеми другими случаями механизмы развития и даже при очень большой интенсивности явлений не представляют болезни в собственном смысле.

Конституциональная или эндогенная нервность

В некоторых случаях на почве врожденной недостаточности наблюдается своеобразный комплекс нервных явлений, выражающихся в ряде различных неприятных ощущений и еще более ■ недостаточности, неполноте психической продуктивности, благодаря чему личность нередко оказывается не на высоте положения и мучительно переживает это. Неполноценность в своей основе носит характер физической слабости и недостаточности, с чем находится в связи и особый соматический тип таких личностей. Обычно это люди с астеническим или инфантильно-астеническим сложением, нередко с теми или другими чертами психастенического характера.

Помимо обычных черт, свойственных астеническому типу, худощавой фигуры с тонкими костями, вялой мускулатуры нередко наблюдается недостаточность сердечно-сосудистой системы, маленькое, иногда капельное сердце, энтероптоз, возбудимость вегетативной системы, тахикардия (иногда ортостатическая тахикардия), склонность к вазомоторным расстройствам с покраснением или побледнением лица, похолоданием и синевой конечностей, повышенная мышечная возбудимость. Субъекты этого типа благодаря инфантильности обычно кажутся моложе своих лет. Эти черты ясно сказываются на сексуальной сфере, которая часто оказывается недоразвитой и дает право говорить о том, что Кронфельд называет п с и х о с е к с у а л ь н ы м и н ф а н т и л и з м о м. Перечисленные явления образуют то, что можно назвать объективными признаками рассматриваемого болезненного состояния. С психической стороны прежде всего следует отметить ряд более грубых расстройств, соответствующих обычным представлениям о неврастеническом симптомокомплексе,—головные боли, головокружения, бессонница, повышенная возбудимость и утомляемость. Головные боли носят характер преимущественно тяжести, напряжения. Что касается головокружений, то речь идет

обычно только о субъективном ощущении головокружения без переживания такового в той форме, как это свойственно больным с органическими поражениями. Наиболее существенным в данном случае однако нужно считать психические симптомы ■ собственном смысле и прежде всего не уверенность в себе, в собственной ценности и в то же время стремление к утверждению своего «я», чувство напряжения, а также неровность, дисгармоничность в реакциях на окружающее и нередкие внутренние противоречия. Бонгеффер особенно характерным считает большую лабильность в сознании своего «я», благодаря чему возникают особого рода состояния с отрешенностью от окружающего, как бы состояния грез на яву. Иногда наблюдаются приступы с умеренного затемнения сознания. Со стороны интеллекта в большинстве случаев не наблюдается дефектов; иногда налицо даже известная одаренность, правда, большей частью односторонняя. Но эти способности остаются обычно только потенциальными и редко выявляются в полной мере, так что при решении практических задач такого рода субъекты очень часто оказываются не на высоте положения. Они не умеют устроиться в жизни и в зависимости от этого часто меняют место и характер работы. Особенно трудно им дается разрешение проблемы сексуальной жизни и брака. Этому способствует более или менее значительная общая неустойчивость и колебания настроения, иногда трудно отличимые от циклотимических. Все характерные для эндогенной нервности особенности наблюдаются уже в самые первые годы жизни, хотя в более ясной форме выступают в период полового созревания и в ближайшие затем периоды, когда личность должна проявить себя как социальная ценность.

Эндогенная нервность представляет врожденное болезненное состояние, имеющее до известной степени характер чего-то самостоятельного. Случаи этого рода наблюдаются довольно часто, причем на первый план выдвигаются то одни черты, то другие, так что можно говорить о различных типах этого состояния, образующих одну группу¹.

Еще больше однако с эндогенной нервностью приходится считаться как с своего рода материнской основой, на которой вырастают другие болезненные состояния с признаками, не входящими прямо ■ картину врожденной нервности, но представляющими как бы логическое развитие отдельных ее сторон. Недостаточность отдельных органов и систем и возбудимость тех и других отделов вегетативной нервной системы могут дать особые картины, в которых доминирующее значение приобретают симптомы, приуроченные к определенным органам и которые получили поэтому название **невроз о р г а н о в**. Естественно, что на фоне конституциональной нервности развиваются такие картины, как **б р о н х и а л ь н а я а с т м а**, **н е в**

¹ По К. Шнейдеру все они представляют переходы от чисто соматической недостаточности и лабильности (**с о м а т о п а т и я**) к таким случаям, когда сама по себе нелабильная личность выводится из соматического равновесия благодаря гипохондрическим установкам, проистекающим из ее психопатических свойств. Концентрация внимания на своей соматике особенно типична для так называемых астенических психопатий, выделяемых К. Шнейдером и тщательно описанных П. Б. Ганнушкиным.

розы сердца, невроты желудка, невроты солнечного сплетения. В последнем случае могут развиваться очень значительные отклонения в двигательной и секреторной функциях желудочно-кишечного канала, дающие ясную реакцию со стороны психики, а иногда бурная картина, симулирующая язву желудка и даже перфорацию его. Как известно, фиксирование внимания на том или другом органе у больного, страдающего невротическими реакциями, может развиваться чисто психическим путем, но возможно, что иногда в основе нервных явлений, затрагивающих деятельность сердца, желудка или другого какого-либо органа, лежат вегетативные расстройства как проявление врожденной недостаточности определенных систем, характерной для эндогенной нервноности.

Чувство собственной неполноценности, иногда в связи с недостаточностью того или другого органа—кардинальные признаки конституциональной нервноности—вообще представляет очень благоприятные условия для развития невротических состояний. Последние, как известно, обычно развиваются в процессе изживания этого чувства собственной недостаточности, причем самый невротизм является своего рода защитным приспособлением, дающим возможность не чувствовать своей неполноценности. Поскольку невротическим реакциям свойственны вообще целевые установки и сами они могут быть рассматриваемы как своего рода бегство в болезнь от жизненной ситуации, которой невротик не может одолеть, постольку понятно, что именно эндогенная нервноность представляет очень благоприятную почву для развития таких картин. Таким средством изживания собственной неполноценности может быть «бегство в работу». Характерно в этом отношении выражение, которое иногда приходится слышать от невротиков: «Работа—это мой опиум» (Marcinowsky). Естественно также, что на фоне конституциональной нервноности легко могут развиваться навязчивые состояния и сексуальные извращения, из последних особенно приходится считаться с мастурбацией.

Что конституциональная нервноность часто играет роль фона, на котором развиваются другие болезненные состояния, видно по нашему мнению особенно из того обстоятельства, что ее гораздо чаще приходится констатировать в детском возрасте. Понятно, что большому количеству разнообразных и дифференцированных в том или другом направлении форм у взрослых соответствует более однородный и как бы аморфный фон эндогенной нервноности у детей. Возможно, что на фоне этой недифференцированной matrix детского возраста впоследствии развиваются иногда также и психозы.

В генезе конституциональной нервноности естественно более всего приходится придавать значение врожденным моментам и притом не столько наследственному отягощению как таковому, сколько различными факторам, носящим характер поражения зачатка. В этом отношении особенно большое значение приходится придавать болезням обмена и эндокринным расстройствам родителей, пожилому их возрасту, интоксикациям и инфекциям, в частности сифилису. Ограничение конституциональной нервноности ввиду разнообразия симптомов и возможности наслаений, не обязательных, но связанных с основными ее моментами, может

иногда представить немалые трудности. От неврастенического симптомокомплекса как реакции на переутомление, эндогенная нервность отличается ранним выявлением своих основных симптомов и притом без всякой связи с истощением и вообще экзогенной. Смещение возможно иногда с картинами нервных явлений, в основе которых лежат хронические соматические заболевания, например латентно протекающие заболевания почек и сосудов. От психастении, с которой она близка по внешним проявлениям, эндогенная нервность отличается отсутствием характерного для последней основного психического фона, большей грубостью и пестротой симптоматики; акцент при ней ставится на симптомах, стоящих в прямой связи с органической недостаточностью сложения, тогда как при психастении речь идет о том, что не используются все имеющиеся налицо возможности благодаря причинам преимущественно психического порядка.

Основные принципы терапии конституциональной нервности определяются ее сущностью и генезом основных симптомов. Наибольшее значение имеет физическое укрепление с особым обращением внимания на наиболее недостаточные органы. Поскольку основные черты этого болезненного состояния намечаются еще в детстве, громадное значение имеет правильное воспитание, физкультура, причем особенности нужно помнить о необходимости индивидуального подхода. Более одаренные дети должны вестись в отдельных от общей массы группах. Профилактика здесь совпадает с профилактикой вообще.

Психастения

В некоторых случаях, которые нужно тоже относить к врожденным болезненным состояниям, в клинической картине доминируют не различные нервные симптомы, как при эндогенной нервности, а явления своеобразной психической слабости и недостаточности. Больные этого рода всегда нерешительны, неуверены в себе и своих силах; они постоянно колеблются, полны сомнений, их пугает каждая новая ситуация; трудности, которые нужно преодолеть, чтобы оказаться на высоте положения, кажутся чересчур огромными, превосходящими их силы. Они долго колеблются, прежде чем принять решение, часто передумывают, но нередко, решив что-нибудь, тотчас же стремятся привести задуманное в исполнение именно для того, чтобы закрыть себе дорогу для нового раздумывания и перерешения. С этим стоит в связи то, что они постоянно должны проверять правильность своих действий, не доверяют своей памяти, должны делать различные заметки, наводить разного рода справки; к врачу они идут обыкновенно с большим количеством различного рода записок, в которых они перечисляют свои жалобы, чтобы не упустить чего-либо важного. Всякий интеллектуальный процесс, даже если он не относится к числу более сложных, для них необычайно затруднителен именно потому, что они ни к чему не могут отнестись просто, не раздумывая особенно над мелочами, а проявляют очень большую скрупулезность, серьезность и добросовестность в таких вещах, которые не требуют особого раздумывания. То, что обыкновенно решается и делается людьми просто, без раздумывания, почти авто-

ма
мь
Ма
вы
пр
ше
бо
ва
ра
бо
ни
ле
вл
шл
с н
то
че
и
ре
ств
тов
стн
ход
в д
сам
с э
ч у
ним

ния
в с
пси
общ
как
со
бол
как
ност
мен
рит
Но
пси
бод
то
к п
Хот
сост
сли
инт
зап
ным
фон
обра
для
каж
нуж

матически, психастенику дается ценой долгих и мучительных размышлений (психастеническая дезавтоматизация). Малая интеллектуальная продуктивность психастеника очень ясно выступает и при экспериментально-психологическом исследовании; при исследовании условных рефлексов А. Г. Иванов-Смоленский нашел, что для воспитания последних у психастеника требуется гораздо большее число повторений, точно так же отмечается, что раз образовавшиеся рефлексy при отсутствии подкрепления сравнительно легко разрушаются. П. Жанэ, вообще очень много сделавший для разработки учения о психастении, характеризовал особенности психастенического мышления термином умственной жвачки. Ему же принадлежит несколько других замечаний, дающих очень ясное представление о некоторых существенных сторонах психастенического мышления. Характерно для него общее понижение психического уровня, понимая это выражение в смысле психического тонуса, а также неполнота, незавершенность, сознание чего переживается психастеником и субъективно, притом иногда и очень мучительно; большое значение имеет также чувство внутреннего напряжения и несвободы. Все эти особенности свидетельствуют, с одной стороны, о гипертрофии интеллектуальных моментов психастенической психологии, с другой стороны,—о ее известной эгоцентричности; интеллектуальное функционирование не находит, как то бывает у здоровых людей, адекватного выражения в двигательных актах и вообще не выявляет себя во вне и остается самодовлеющим, ограниченным в каком-то замкнутом кругу. В связи с этим стоит очень характерное для психастеника явление—утрата чувства реального. Окружающая действительность воспринимается им в форме бледных, лишенных плоти и крови образов.

Только что приведенная характеристика говорит об особом типе мышления и всего психического функционирования с ясным уклоном в патологию в смысле слабости, малой стеничности. Понятно поэтому, что некоторые психопатологи, например Ясперс, думают, что психастения—прежде всего общепатологическое понятие и что, говоря более конкретно, она не что иное как так называемая астеническая конституция патологов, рассматриваемая со стороны психических ее компонентов. Но несомненно, что психастения больше, чем конституция, и что существуют все основания рассматривать ее как особую форму врожденных болезненных изменений. Особую определенность получают ее явления, если оказываются очень сильно развитыми элементы навязчивости. Эти случаи дают некоторым авторам основание говорить о неврозе навязчивых состояний как об особой клинической форме. Но несомненно, что склонность к ним вообще относится к самому существу психастении. Этому в особенности способствует чувство внутренней несвободы и напряжения, отсутствие четкости мышления, вращающегося в каком-то заколдованном кругу. Сам П. Жанэ весь генез навязчивых идей сводил к первичной слабости мышления, характерной именно для психастении. Хотя нельзя считать установленным, что именно таков генез навязчивых состояний, но факт пышного их развития на фоне психастенического склада слишком част, чтобы не видеть между явлениями того и другого порядка интимной связи. В очень многих случаях элементы навязчивости настолько заполняют собой всю клиническую картину, что является вполне естественным говорить о болезненном состоянии *sui generis*, хотя и развивающемся на фоне психастенического склада, но производящем впечатление чего-то своеобразного. Мы здесь имеем в виду все те явления, описанные в общей части, для которых подходит определение Кронфельда, что в момент появления они кажутся чем-то чуждым, не принадлежащим «я» больного. На первом плане нужно поставить навязчивые представления в собственном смысле навяз-

чивые воспоминания, но в особенности болезненные сомнения, неуверенность в правильности своих действий вместе с постоянным стремлением себя проверить, причем в тяжелых случаях дело доходит до полной невозможности заниматься чем бы то ни было. Большую роль играют также навязчивые стремления и различные страхи. Но даже в случаях с не особенно выраженными навязчивыми явлениями клиническая характеристика психастении сама по себе достаточно определена. В этом отношении особого внимания заслуживает следующее: интеллект по существу как правило не оказывается пониженным и очень часто даже высоким, но даже и при наличии определенной одаренности она обычно имеется только в потенции, не всегда и не в полной мере выражается в какой-либо форме творчества, иными словами остается непродуктивной. Помимо того, что сказано выше о психологии больных этого рода, здесь особенно приходится считаться с их робостью, недостатком энергии, слабостью воли и с пониженным самочувствием. Настроение психастеника характеризуется не столько тоскливостью, депрессией в собственном смысле, сколько общим пониженным уровнем в связи с малой активностью, недостаточностью жизненного тонуса. Это изменение настроения ни в какой мере не носит характера какого-то эмоционального притупления; наоборот, больные сохраняют в полной мере эмоциональную живость и способность тонко чувствовать и глубоко переживать различные явления. Как вообще при врожденных состояниях, равно как у больных с невротическими реакциями и у психопатов, нередко наблюдаются колебания настроения, иногда настолько значительные, что некоторые авторы (Ю. В. Каннабих) выдвигают вопрос о родстве психастении вообще с депрессиями циркулярного ряда. Но нам думается, что устранение самого понятия психастении или невроза навязчивых состояний и замена его понятием психопатии того же названия едва ли можно считать обоснованным. Здесь опять приходится коснуться положения психастении как особой болезненной формы и генеза относящихся к ней явлений. В ряде новых руководств, например Блейлера, Бумке, нет совсем описания психастении как отдельной формы, ■ говорится о неврозе навязчивых состояний. С другой стороны, Э. Кан ■ монографии о психопатических личностях, не говоря о психастении, заявляет, что он лишь в виде исключения говорит о навязчивых невротиках ■ целую главу посвящает психопатам с навязчивыми представлениями или, как он их называет, заимствуя этот термин у Доната и К. Шнейдера, о п с и х о п а т а х - а н а н к а с т а х (от $\alpha\lambda\alpha\gamma\eta$ — ананке — необходимость). Такое решение вопроса несомненно имеет за собой известные основания, но во всяком случае оно возможно только при недостаточно оправданном расширении понятия психопатии. Мы думаем, что здесь основным ■ решающим нужно считать вопрос о наличии прирожденного психического склада при психопатии. Часто бывают случаи, когда роль эмоциональных переживаний несомненна и в то же время не приходится говорить о каких-либо явлениях отщепления и конверсиях в смысле Фрейда. Сильное, аффективное переживание может быть причиной того, что становится навязчивым какое-нибудь случайное представление, бывшее в сознании одновременно с волнующим переживанием и как бы зафиксированное им. В особенности это может иметь место в детском возрасте, когда эмоциональная сфера вообще более чувствительна. Во время испуга, связанного с пожаром, нападением бандитов ■ тому подобное, одно какое-нибудь мелкое впечатление, являющееся только незначительным атрибутом во всем переживании, может зафиксироваться и стать навязчивым. Похороны близкого человека могут дать толчок к тому, что навязчивыми могут сделаться звуки траурного марша или запах крематория. Особенно легко таким образом могут возникнуть навязчивые страхи. Нередко цитируют случай М. Пренса — навязчивый страх церковных колоколов и колоколов у женщины 40 лет, которая в свое время очень тяжело перенесла смерть своей матери; во время похорон звонили колокола, гудение которых особенно напряженно действовало на больную; возникший впоследствии навязчивый страх колоколов несомненно находился в связи с этим переживанием. В приведенном случае едва ли можно говорить о сексуальном характере переживаний, послуживших исходным толчком для возникновения навязчивых представлений и страхов, и несомненны только эмоциональные моменты.

Но возможны иные механизмы развития навязчивых состояний, с которыми нас в особенности познакомило наблюдение над эпидемическим

энцефалитом. При этой болезни наряду с неврологическими явлениями, в частности симптомами паркинсонизма, нередко наблюдаются навязчивые мысли и ■ особенности навязчивые стремления. Одна наша пациентка с резко выраженными явлениями энцефалита страдала навязчивыми мыслями циничного содержания; она сознавала их болезненный характер, очень мучилась ими, но не могла от них отделаться; у нее были также навязчивые стремления душировать себя и других. Другой больной—энцефалитик—должен был под влиянием своей навязчивости постоянно мысленно переставлять слоги и буквы в различных словах, которые он слышал вокруг или которые приходили ему в голову. Явление навязчивости при эпидемическом энцефалите можно расценивать как результат возбуждения, идущего из подкорковой зоны. Здесь естественно не приходится говорить ни о роли сексуальных травм, ни вообще эмоциональных моментов. Такой же генез видимо могут иметь навязчивые мысли и стремления шизофреников и шизоидных психопатов.

Как ясно можно усмотреть из приведенных данных, психические механизмы, ведущие к навязчивым состояниям при одном и том же содержании навязчивых мыслей или влечений и при наличии кардинальных признаков таких состояний—сознании их насильственности ■ болезненности,—очень различны. Ввиду этого наличие комплекса навязчивых переживаний, одно, само по себе, не может быть положено ■ основу выделения какой-либо болезненной формы и в частности особого невроза навязчивых состояний или психопатов-ананкастов. Навязчивые явления—только признак, правда очень характерный, который не всегда развивается на фоне каких-либо врожденных особенностей психики. В вполне развитой и особенно устойчивой форме он чаще всего развивается на фоне психастении. В последней ■ конце концов нужно видеть особый тип врожденного болезненного состояния с своеобразными изменениями глубинной личности. С этой точки зрения она может быть вполне приравнена к эндогенной, также называемой иногда конституциональной, нервности.

Описанным особенностям психики, которые по существу являются врожденными, соответствуют и черты своеобразного соматического сложения, которые до известной степени аналогичны с тем, что наблюдается при эндогенной нервности, но здесь еще меньше можно говорить о каком-нибудь определенном типе. Обычно ■ сложении преобладают астенические, иногда диспластические черты. Очень часто обращает на себя внимание недостаточно развитая моторика. Вместе с непропорциональным, негармоничным сложением приходится констатировать неуклюжесть, нечеловеческим сложением приходится констатировать неуклюжесть, нечеловеческую ловкость движений. В добавление к тому, что можно считать более или менее установленным в этом отношении, мы хотели бы обратить внимание на некоторые особенности речи, очень ясно выступающие у многих психастеников. Более или менее известны психические особенности построения речи психастеников, ее неровность, частые остановки, отсутствие закругленности и грамматической правильности с нередко наблюдающимся несоответствием конца фразы с ее началом. Все эти особенности ясно выступают в состоянии смущения, которое очень легко появляется у психастеника, особенно когда он должен выступать публично. Но очень часто этому соответствует и известная недостаточность развития речевого аппарата в целом, начиная с соответствующих центров и кончая недостаточно ясной и отчетливой дикцией, слабым голосом и не вполне совершенной артикуляцией. Несомненно, что эти двигательные компоненты всего склада личности находятся в определенных корреляциях с такими психическими моментами, как робость, неуверенность, проявляющимися преимущественно тогда, когда психастенику приходится вступать

в общение с окружающими, средства для которого до известной степени ограничены. Что это так, еще более ясно видно на детях, страдающих недостатком речи и в особенности запоздалым развитием ее, как частичным проявлением, общим недоразвитием моторики, свойственной так называемой *Hörstummheit*. Такие дети всегда бывают робки, застенчивы. Возможно, что в дальнейшем они дают вообще большой процент психастеников.

Обособление психастении как особого типа врожденного болезненного состояния находится в соответствии с данными генеалогического изучения. В этом отношении самым существенным фактом является указание на частоту аналогичных состояний у ближайших родственников. Пильч наблюдал семью, в которой психастенический склад психики можно было наблюдать в течение трех поколений. Аналогичные наблюдения имеются у Меггендорфера. Вообще наследственное отягощение психастеника оказывается очень высоким. Если исходным пунктом генеалогического изучения взять навязчивые состояния как таковые, то естественно получаются менее определенные данные именно потому, что структура и генез их не всегда бывают одинаковы. Штеккер приводит несколько семей, прослеженных в ряде поколений, с большим количеством случаев маниакально-депрессивного психоза и навязчивых состояний. Гюбнер также нередко констатировал навязчивые состояния среди потомков маниакально-депрессивных больных. Аналогичные данные имеются у Рейсса. Это дает некоторым авторам основание помимо данных клинического характера, о чем говорится выше, выводить возникновение навязчивых идей из депрессивного состояния, тем более что вообще в депрессивных стадиях вполне выраженного циркулярного психоза они представляют нередкое явление. С другой стороны, существуют несомненные наследственные взаимоотношения с шизофренией. Левенфельд указывает, что наследственное отягощение в этих случаях нередко бывает шизофреническим. Ряд случаев с шизофреническим отягощением приводит в своих работах Гофман. Ввиду нередкого наличия в наследственности психастеников шизофренических и циркулярных ген Гофман предполагает, что в возникновении навязчивых состояний играет роль смешение обоих наследственных предрасположений. Несомненные корреляции существуют и с сексуальными извращениями. Нередко может быть отмечен тот психосексуальный инфантилизм, на почве которого особенно легко возникают различные сексуальные aberrации. Черты инфантильности нередко можно констатировать и в других отношениях. Следует вспомнить, что Крепелин указывал на некоторое родство навязчивых состояний с элементами навязчивости, свойственной детям известного возраста. На психастению таким образом можно смотреть как на психику, остановившуюся на известной стадии своего развития.

Тяжелое наследственное отягощение, являющееся правилом при психастении, делает понятным, что в основе последней лежит нарушение глубинных психических аппаратов. Сущность патологических явлений сводится к стойким изменениям в более глубоких психических слоях, чем то имеет место в случае невротических реакций. Если последние с точки зрения физиологических процессов могут быть приравнены к условным рефлексам, то здесь нужно предполагать более глубокие и стойкие изменения, касающиеся самой структуры психических механизмов и их возбудимости.

Считаем целесообразным привести краткое описание одного случая.

Больная Л. 44 лет, кустарь-косметик, поступила в психиатрическую клинику II ММИ с жалобами на различные навязчивые явления, которые совершенно парализовали ее волю. Так больная до 500 раз повторяет одно и то же действие, испытывает непреодолимое влечение к собиранию ненужных вещей, окурков, бумажек и т. п., не выходит из-за страха смерти одна из дома, не ест

многих продуктов. Значительное наследственное отягощение. Происходит из состоятельной семьи, окончила институт. По характеру общительная, чувствительная, впечатлительная, честная, уступчивая, застенчивая. В юности много тяжелых переживаний: вышла замуж за своего учителя, в то время как сильно нравился один художник. Много страдала от своей раздвоенности. Дважды была замужем, имеет дочь от первого брака и дочь ■ сына — от второго. В первом замужестве целый ряд психических травм. Училась изготовлению косметики в Париже. В годы войны и революции много тяжелых переживаний. Начиная с 1914 г. вспыхивают эпизодически страх смерти, стремление повторять одно и то же действие, влечение к собиранию ненужных вещей, но все эти явления сравнительно быстро проходят. С 1922 г. резкое ухудшение. Страх смерти, навязчивые повторения, собирание совершенно ненужных вещей сделали ее совершенно нетрудоспособной. Во всей ее навязчивости красной нитью проходит боязнь, что определенное действие или вещь могут кончиться, пропасть. Больная очень доступна, эмоционально жива. Состояние большой тревоги. Больная не ест многие продукты и если по настоянию врача и съест что-нибудь, то испытывает большое беспокойство из-за того, что нельзя вернуть съеденного. Собирает ■ саду, в палате много ненужных вещей — окурки, бумажки, остатки пищи, хранит их под подушкой, бывает сильно обеспокоена, когда их выбрасывают. Завязывает и развязывает носовой платок 500 раз, много раз одевается и раздевается, расшнуровывает и снова зашнуровывает ботинки, умывается по 70 раз и т. д. Вся во власти своей навязчивости. Страх смерти. Деликатна, корректна, смущается в разговоре с врачом. Личность вполне сохранена. Под влиянием рациональной психотерапии, соединенной с трудовым режимом, ■ состоянии больной произошло настолько значительное улучшение, что она была выписана и жила после своим трудом.

О течении психастении говорить ■ сущности не приходится, так как это врожденное состояние, выявляющееся, правда, постепенно под влиянием жизненных впечатлений, но возможны значительные колебания в общем самочувствии. Навязчивые состояния обычно очень упорны. Во многих случаях больные до известной степени приспособляются к своим особенностям. Так как все новое требует для овладения им большого психического напряжения, которое для психастеника очень тягостно, то он старается упростить свою жизнь, внести в нее размеренность и строго определенный порядок: дело доходит до образования особого ритуала, который должен соблюдаться во всех действиях пациента, касающихся как процесса одевания, еды, так и работы. Благодаря полной сохранности своей интеллектуальной одаренности и сильно выраженному чувству долга они нередко оказываются недурными работниками. Хотя всякое напряжение дается им ценой больших усилий, испытываемые ими мучения обычно незаметны для окружающих, что еще больше ухудшает самочувствие, так как больных, как им думается, могут считать симулянтами. Что здесь дело только в крайнем ослаблении воли, не позволяющем использовать свои в сущности очень большие возможности, видно из того, что психастеник может очень подтянуться при наличии энергичных стимулов со стороны. После войны и революции немало наблюдалось таких случаев, когда психастеники, которые долгие годы ничего не могли делать из-за своей нерешительности и целые годы проводили в бездействии, не имея возможности решить, какой костюм им идет, под давлением нужды принимались за работу и до известной степени освобождались от своих сомнений и нерешительности.

Диагноз психастении и отграничение ее от других состояний в типических случаях не должны представить затруднений. Заклю-

ние должно основываться на выяснении развития болезненных явлений и анализе структуры личности. Большое значение имеет также изучение особенностей навязчивых явлений. При психастении они характеризуются своей большой стойкостью и упорством. При депрессиях циркулярного ряда всегда можно отметить большую их зависимость от настроения: обычно они появляются и исчезают вместе с тоскливостью. Навязчивые состояния и у психопатов характеризуются иным основным психическим фоном, а также преобладанием расстройств в области влечений, с нередкой примесью импульсивности, иногда истерических реакций. Больше всего опасности в смысле смешения представляют шизоидные психопаты, в особенности шизоидные невротики и больные в начальных стадиях медленно развивающейся шизофрении. Препсихотические состояния шизофреников нередко представляют большое сходство с психастенией (*prépsychasthénie préschizoïdique* французских авторов). Решающее значение имеют наличие в этих случаях нарастания явлений без связи с психическими моментами и изменение личности. Большое значение имеют профилактические меры, в особенности если они будут проводиться с детства, как только достаточно выяснены основные черты психастенического склада. Здесь большое значение имеют физические упражнения, физкультура, стремление к развитию моторики. При лечении помимо физического укрепления путем гимнастики, ритмики больше всего успеха можно ожидать от рациональной психотерапии, имеющей целью поднять в больном доверие к себе и своим силам, укрепить ему волю путем работы над собой, с преодолением различных затруднений, которые выдвигает ослабленная воля психастеника. Громадную роль играет лечебный трудовой режим с точным распорядком дня и занятий. По той же причине не следует без вполне определенных показаний, в особенности надолго, снимать с работы, так как продолжительный отдых в атмосфере ничегонеделанья может принести несомненный вред. Это находится в полном соответствии с данными Иванова-Смоленского, по которым тормозящие влияния, очень затрудняющие выработку условных рефлексов, у психастеника лишь отчасти и не всегда устраняются отдыхом.

Аномалии развития, имеющие в основе главным образом поражение зачатка

(Парциальные аномалии)

34. ПСИХОПАТИИ

К психопатическим личностям относится очень большое количество случаев с чрезвычайно разнообразной симптоматикой и с не всегда одинаковым генезом болезненных изменений. Общим для них является более или менее значительная дисгармония всей психической личности с расстройствами не столько в интеллектуальной сфере, сколько в эмоциональной и волевой. Это люди, которые по выражению К. Шнейдера благодаря своим психическим особенностям страдают сами или заставляют страдать других. Именно по-

следнее обстоятельство в связи с тем, что психопаты численно — одна из самых больших групп, рассматриваемых в психиатрии, повышает социальное значение ее. В то же время пестрота проявлений, трудность отграничения отдельных форм и сложность проблемы генеза, затрагивающей ряд основных вопросов психопатологии и потому могущей быть разрешенной удовлетворительно только вместе с ними, делают эту область наиболее запутанной и самой неясной в психиатрии.

Характер подхода к изучению сущности психопатий в различные периоды развития психиатрии менялся именно в зависимости от того, как решалась основная проблема о сущности психоза. Во времена расцвета учения французской школы о вырождении эти дисгармонические натуры, вариации психической личности с крайне выдающейся индивидуальностью, благодаря которой они резко выделяются из общей массы, выходя за условные границы так называемой нормы, считались дегенерантами. Крепелин в своих работах по переустройству учения о психозах много внимания уделял и психопатам. Он смотрел на них как на неудавшиеся личности, развитие которых нарушено неблагоприятными наследственными моментами, повреждением зачатка или другими рано обнаруживающими свое действие тормозами. Для него психопаты были страдающими отчасти психическими задержками развития, отчасти начальными стадиями и легкими формами психозов. В дальнейшем, когда при изучении сущности психоза стали учитывать не столько симптомы, прямо относящиеся к болезненному процессу, но и изменения, вызываемые им в личности, иначе стали подходить и к пониманию психопатий. Если появилась тенденция самые психозы трактовать как болезни личности, то еще яснее это направление определилось при изучении психопатов. Стали обращать большее внимание на изменение темперамента, характерологические особенности. На такой точке зрения стоит одна из новых работ по этому вопросу, именно К. Шнейдера. Он, равно как и Крепелин, шел по пути накопления клинического материала, подробного описания отдельных форм психопатий, выделяемых по одному какому-нибудь выдающемуся признаку. Таковы по крепелиновской классификации возбуждимые и неустойчивые психопаты, психопаты с импульсивными влечениями, сварливые, лжецы и мошенники, враги общества и некоторые другие формы. К. Шнейдер увеличил количество отдельных форм, ввел отчасти новую терминологию. Но при этом уже ясно обозначилось, что, ограничиваясь все тем же методом описания новых форм и группирования их по отдельным наиболее бросающимся в глаза признакам, изучение психопатий остановилось на какой-то мертвой точке, перейти которую оказывается невозможным. Выяснилось также, что уже выделенные формы трудно сравнивать и сопоставлять ввиду того, что обособление их шло по чисто внешним признакам и не основывалось на каких-нибудь имеющих отношение к существу болезненных изменений признаках. Э. Кан, автор специальной работы о психопатических личностях, сделал попытку подойти к изучению психопатий с точки зрения структуры личности и дать такое разделение клинических форм, которое могло бы претендовать на название рационального. Психопаты в его определении — это такие личности, которые характеризуются количественными особенностями в психических слоях, соответствующих влечениям, темпераменту и характеру, и которые в утверждении себя, направленном к определенной цели, обнаруживают дефекты в оценке себя и других. Соответственно этому он различает всего четыре группы психопатов: в первой — имеются расстройства со стороны влечения, во второй — темперамента, в третьей — характера и в четвертой они имеются во всех этих отношениях. В результате получилось очень большое количество отдельных форм психопатий, которые все укладываются в общую схему и могут быть сравнимы между собой, но они мало жизненны и чересчур отвлеченны, если не совпадают с теми более или менее определенными типами, которые можно считать установленными со времени Крепелина. Близко к крепелиновской классификации стоит разделение, приводимое П. Б. Ганнушкиным в его книге о психопатиях; он внес в нее однако некоторые поправки и дополнения. Разделение на основные группы у В. А. Внукова по исходной точке зрения

лизко стоит к тому, что имеется у Кана. В. А. Внуков отличает в психопатиях три основных синдрома: 1) Sp—гиперестетической личности с характерными чертами развития, сюда же относятся тревожно-мнительные черты, 2) Mr—здесь объединяются брутальность, анестетичность, холодность вместе с взрывчатостью, вязкостью, педантизмом, в общем характеры с переходами от анестетического шизоида до выраженного эпилептоида, 3) Tr—характеризуется более изменениями темпа, тонуса, чем определенной структурой; этот синдром не представляет чего-либо самостоятельного сравнительно с первыми двумя и постоянно переплетается с ними. В общем работа по разделению психопатий на какие-либо обособленные формы мало продуктивна. Если распределение вполне сложившихся психопатов по отдельным классификационным группам нередко является укладыванием на прокрустово ложе, то еще больше это относится к психопатиям. Разделение их на отдельные единицы, если это нужно считать необходимым из практических соображений, может проводиться только по случайным признакам и само по себе нисколько не приближает к пониманию их сущности. Все психопаты, вместе взятые, образуют одну группу случаев, если и очень различных по своим проявлениям, то все-таки объединяемых некоторыми общими основными признаками, до известной степени и одинаковым генезом. Всю группу психопатов в классификационном отношении можно считать одной единицей и приравнять их в этом отношении к группе маниакально-депрессивного психоза или шизофрении. По этим соображениям мы не будем следовать обычному приему более или менее подробного описания отдельных форм и, изложив симптоматику психопатий вообще, акцент поставим на более общих вопросах генеза, социального значения и лечебно-профилактических мероприятий. Описание разнообразных проявлений психопатий в качестве чего-то единого, где отдельные формы имеют значение только наиболее ярких симптомов, может дать более верное представление о рассматриваемой группе.

Клиника психопатий

На фоне общей дисгармонии психической личности, непропорционального развития отдельных ее сторон на первый план выступают отклонения в эмоциональной и волевой сфере. Интеллектуальное функционирование, хотя представляет известные особенности, не является чем-либо типическим для психопатий. В интеллекте может не быть каких-либо формальных дефектов, он может быть даже высок, хотя одаренность носит всегда несколько односторонний характер; но возможна более или менее значительная ограниченность и даже дебильность. Несомненно и в случаях резко выраженного врожденного слабоумия нередко наблюдаются такие особенности в эмоциональной и волевой сфере, которые по существу являются тождественными с некоторыми чертами психопатов, например с импульсивностью, эксплозивностью, черствостью, эгоизмом. Они не относятся однако к психопатиям в собственном смысле, так как главным определяющим моментом при них является слабоумие. Очень много изменений наблюдается в эмоциональной жизни психопатов. Здесь возможны различные вариации, причем на одном полюсе будет крайняя чувствительность, на другом—флегматическое равнодушие и тупость. Преобладающей особенностью здесь является неустойчивость настроения, зависимость его от впечатлений окружающего, но иногда на первый план выдвигается настолько значительная повышенная возбудимость, что получается впечатление как бы самостоятельного типа (возбудимые психопаты—Affektmen-

schen Крепелина). Характерно при этом помимо собственно повышенной возбудимости, что реакция на внешние раздражения оказывается несоразмерной по своей интенсивности, возникает под влиянием самых ничтожных поводов. Поведение такого психопата определяется главным образом повышенной аффективностью, часто оно бессмысленно, необоснованно и не соответствует мировоззрению самого психопата и его социальным установкам в спокойном состоянии. Обычны при этом такие явления, как приступы ярости и гневного неистовства, агрессивность по отношению к окружающим, нередко попытки на самоубийство. Опьянение сильно повышает возбудимость у таких субъектов и делает особенно легким совершение различных актов насилия. По окончании гневной вспышки и вообще в промежутках между приступами психопаты этого рода бывают корректны, благодушны и общительны, сознают неправильность своего поведения и не прочь загладить свою вину перед потерпевшими от их болезненной возбудимости. Если не выделять, как мы это склонны делать, о чем говорилось в главе об эпилепсии, эпилептоидных психопатов в особую группу, а говорить только об эпилептоидных реакциях, возникших вообще на фоне каких-либо основных болезненных состояний, можно сказать, что они нередко наблюдаются именно у возбудимых психопатов. Э. Кан считает, что э к с п л о з и в н ы е психопаты его классификации, соответствующие эпилептоидным психопатам, могут быть рассматриваемы или как самостоятельная группа или как подвид возбудимых. Для некоторых случаев типичным нужно считать не столько склонность к приступам очень большого возбуждения сравнительно с хорошим самочувствием между ними, сколько общий недовольный, раздраженный фон настроения (р а з д р а ж и т е л ь н ы е п с и х о п а т ы). Если основным является повышенное самочувствие с большой активностью, стремлением к деятельности при значительной в то же время неуравновешенности, то можно говорить о п с и х о п а т а х г и п е р т и з м и к а х (К. Шнейдер). Иногда преобладающим моментом в настроении является тоскливость, боязливость, полная апатия и равнодушие или же колебания настроения более длительного характера, причем полосы хорошего самочувствия с веселостью и оживлением сменяются периодами апатии и вялости. От колебаний настроения, свойственных циклотимикам, эти случаи отличаются отсутствием правильности в смене фаз, цикличности в собственном смысле. Чтобы оттенить это различие от циклотимии таких случаев, Э. Кан предлагает для них новое название «п о й к и л о т и м и к и». Несомненно, что психопатиям вообще, как и некоторым другим болезненным состояниям, свойственны более или менее значительные колебания настроения, и не каждое из них указывает непременно на циклотимию. Но, с другой стороны, прав Э. Кан, когда говорит, что при современном состоянии наших знаний никто не может сказать, на каком месте заканчивается круг заболеваний, принадлежащих маниакально-депрессивному психозу. Если справедливо, что к этому кругу относятся те состояния, которые Клейстом обозначаются как реактивно-лабильная конституция, то вполне возможно, что так же нужно расценивать иногда и так называемую пойкилотимию, равно как и некоторые случаи веселых, светлых темперамен-

тов, на принадлежность которых к маниакально-депрессивному психозу было указано еще Крепелином.

Еще больше расстройств наблюдается у психопатов в волевой сфере, причем в некоторых случаях они настолько выражены, что дают право на выделение особых типов. В этом смысле должна быть оценена *импульсивность*, свойственная очень многим случаям психопатии. В прежние времена, а иногда такой взгляд высказывается и теперь, считали возможным говорить об особом импульсивном помешательстве, но в согласии с Э. Каном мы более правильным считаем говорить об импульсивных психопатах. Самое существенное здесь заключается в возникновении внезапных побуждений, противостоять которым оказывается невозможным. От навязчивых влечений они отличаются своей неожиданностью, отсутствием предшествующей более или менее продолжительной стадии борьбы с влечением; кроме того при навязчивых состояниях как таковых дело ограничивается обычно собственно влечением, которое не всегда, а главное не сразу претворяется в действие. Другое существенное отличие заключается в неодинаковой структуре и разной биологической сущности навязчивых влечений и импульсивных действий. Навязчивые действия, как и навязчивые мысли, связаны с различными переживаниями прошлого и имеют в смысле своего содержания известное психологическое основание. Как мы видели, возникновение их вполне соответствует механизму условного рефлекса. Импульсивные же действия относятся к явлениям, протекающим в более ранних в онтогенетическом отношении психических слоях и ближе стоят к инстинктивным движениям и безусловным рефлексам. Таково импульсивное влечение к поджогам (*пиромания*), воровству (*клептомания*), к блужданию с одного места на другое (*дромомания*). Наиболее типические случаи расстройств этого рода даже при наличии психопатической почвы особенно часто развиваются во время таких состояний, как менструации, беременность. Мы уже обращали внимание на то, что при заболевании психозом, например шизофренией, в психике очень часто наблюдаются ясно выраженные архаические тенденции, причем возникновение некоторых явлений можно объяснить как возвращение к давно забытым переживаниям первобытной психики. Таковыми именно являются блуждание, воровство, поджоги (древнее поклонение огню) и даже убийство, которые были нормальными действиями в известном периоде филогенетического развития, но были вытеснены вместе с культурным развитием в область архаических механизмов, выявляемых к жизни только в исключительные моменты, во время сильного аффекта или вообще болезненных состояний. Имея в виду, что и в болезненных переживаниях проявляется только то, что уже заложено в психике, можно думать, что именно по отношению к импульсивным психопатам справедливо указание Крепелина, что психопатические личности в части случаев—это аномалии развития, причем иногда имеются все основания говорить об атавизме. Может быть иногда в этом отношении приходится считаться с тенденциями, которые особенно бывают подчеркнуты у психопатической личности, именно с стремлением утверждению собственной значительности и к признанию ее другими. Так можно расценивать иногда импульсивное стрем-

ление к поджогу, причем пожар как стихийное явление и переполох, который он производит вокруг, могут доставить удовлетворение указанным тенденциям в личности поджигателя; так же можно рассматривать импульсивное стремление к убийству, отравлению, писанию анонимных писем неприятного содержания. Имеет значение, что возникшее стремление обычно не находит себе достаточного противодействия ввиду того, что психика находится не вполне на высоте или вследствие общего недоразвития или вследствие временного болезненного состояния, как например бывает в переходные периоды. Так стремление к поджогам преимущественно наблюдается у подростков и молодых субъектов, так же дело обстоит с импульсивным стремлением убивать детей, доверенных их попечению, у молодых нянек. В этом случае приходится считаться и с экзогенными, в частности психическими, моментами, утомлением, связанным с бессонными ночами, часто с профессиональным переутомлением, на почве которого возникает ненависть к ребенку, иногда тоска по родине, естественная у девушки-подростка, оторванной от своей семьи и деревенской обстановки и перенесенной в чуждую атмосферу.

Соблазны большого города играют известную роль и в происхождении некоторых случаев краж товаров, разложенных на прилавках больших магазинов и иногда совершенно ненужных похитителю или похитительнице. Импульсивным является иногда стремление к пьянству или вообще употреблению наркотических средств. В основе импульсивных действий иногда лежат сексуальные моменты, но здесь мы переходим к другой группе явлений, характерной для психопатов, особенно для некоторых. Расстройства сексуального порядка играют чрезвычайно большую, можно сказать исключительную роль у психопатов. Это прежде всего объясняется особенным развитием у них вообще жизни инстинктов, в частности полового. Для психопатов характерна не только общая дисгармония всей психической жизни во вполне развитом ее состоянии, но и значительные нарушения в порядке развития отдельных сторон. Сексуальные влечения у психопатов нередко проявляются необычайно рано, но это раннее их появление далеко не всегда может считаться указанием на имеющую впоследствии обнаружиться большую сексуальную активность; как и в других случаях ранних развитий, оно нередко как раз является симптомом не силы, а слабости. Половое влечение как таковое у психопатов всегда достаточно сильно, чтобы направить внимание на эту область. Можно сказать даже, что внимание их в этом отношении особенно обострено, в связи с чем психопаты обычно очень переоценивают значение всех моментов, имеющих отношение к этой области, но обострение внимания не соответствует достаточно активной сексуальности в собственном смысле, причем нередко наблюдается несомненная слабость чисто физиологического порядка. Для психопатов типичным нужно считать вообще незрелость, неполное развитие сексуальной жизни, остановку ее развития на известных инфантильных периодах. Сексуальная слабость сама по себе представляет благоприятную почву для различного рода уклонений в этой области. Слабо выраженная и недостаточно оформленная в смысле направления к своей прямой цели — деторождению — сексуальность может очень легко пойти по пути различных извра-

щений. Прежде всего нужно иметь в виду, что недостаточно сильное влечение для того, чтобы достичь необходимой для совершения полового акта силы, нуждается в более сильных раздражениях, а последние имеются налицо в извращениях. Это видно на том факте, что извращения нередко возникают не только на почве врожденных, но и приобретенных болезненных состояний, сопровождающихся половой слабостью, например старческого слабоумия, прогрессивного паралича, хронического алкоголизма. Можно считать, что в этом отношении так называемая педофилия психопатов—половое влечение, направленное на детей,—явление одного порядка с частыми попытками половых насилий слабоумных стариков над детьми и малолетними. До известной степени так нужно смотреть и на явления садизма и мазохизма, объединяемые по предложению Эйленбурга под общим именем а л ь г о л а г н и и, хотя здесь, в особенности по отношению к первому, особенно ясно выступает, что половое извращение, как и вообще может быть проявление психопатии, представляет непропорциональное и чрезмерное развитие одной какой-нибудь стороны, свойственной и нормальной психике. Акты жестокости, совершаемые сексуальным психопатом над своим партнером в половом акте (с а д и з м), равно как и достижение полового удовлетворения только при получении от другой стороны физической боли (м а з о х и з м) несомненно имеют свои прообразы и в нормальном половом акте. К садистам нужно отнести и так называемых п о д к а л ы в а т е л е й, наносящих для получения сексуального удовлетворения каким-нибудь острым предметом болезненные уколы женщинам, встречаемым на улицах, обыкновенно в такой обстановке, когда не к кому обратиться за помощью или хотя бы для того, чтобы призвать в качестве свидетеля. В дореволюционный период садистические тенденции находили себе выход иногда в применении с особенной жестокостью телесных наказаний, как бывало при отбывании солдатчины или очень часто в школах. Особую форму садизма в смысле получения сексуального удовлетворения путем душевного мучительства можно было видеть у некоторых дореформенных педагогов, прославившихся своей жестокостью, связанной с издевательствами над своими жертвами на экзаменах. Интересный случай этого рода был описан Н. В. Краинским. Слабостью нормального полового влечения нужно до известной степени объяснять и такие извращения, как г е р о н т о ф и л и ю (влечение к субъектам пожилого возраста), н е к р о ф и л и ю (половые акты над трупами) и с к о т о л о ж с т в о; в последнем случае нередко приходится считаться с более или менее резким слабоумием.

В значительной части случаев развитие сексуальных извращений можно рассматривать как задержку сексуальности на ранних стадиях с гипертрофией некоторых чисто инфантильных сторон. Сюда нужно отнести н а р ц и с с и з м, г о м о с е к с у а л ь н ы е н а к л о н н о с т и и в особенности половое стремление, направленное на ближайших родственников. В первом случае речь идет об а у т о э р о т и з м е—половом влечении, направленном на самого себя и выражающемся главным образом в любовании собственным телом. Ближе к этому стоит э к с г и б и ц и о н и з м—стремление обнажать для получения полового удовлетворения свои половые органы

в прие
с т у р
орган
вообра
нормал
с е к с
того ж
мания
только
рение
нормал
извест
ц е с т
к мате

В н
не в ст
а искл
полу,
ства л
предпо
чае в
одежде
работы
на анос
дается
иногда
переод
т р а н
родств
ш и з м
чинах)
предме
сание с
Предме
несжны
возбуж
эякуля
это то,
в мага
димому
бывшей
жену
в поло
только
и проп
ему дл
мые ем
с голо
явлени
К. Пел
дит ист

в присутствии лиц другого пола. Аутоэротизмом является и м а с т у р б а ц и я, выполняемая иногда путем раздражения половых органов, иногда только при помощи фантазии, вызывания в своем воображении сексуальных картин (психический онанизм). Слабости нормального полового влечения можно видеть и в основе г о м о с е к с у а л и з м а, при котором оно направлено на субъектов того же пола (педерастия у мужчин, лесбийская любовь и нимфомания у женщин). Патологией в собственном смысле нужно считать только те случаи, когда половое влечение может найти удовлетворение исключительно таким ненормальным путем при возможности нормальных половых отношений. Явлением того же порядка до известной степени является влечение к актам кровосмешения (и н ц е с т), элементы которого имеются в инфантильном влечении сына к матери и дочери к отцу (Mutter-Vaterkomplex).

В некоторых случаях гомосексуальные наклонности выражаются не в стремлении к сексуальному сближению с лицами того же пола, а исключительно в наклонности одеваться несоответственно своему полу, например иногда попадают молодые люди, которые с детства любят наряжаться в женские платья, равно как и девушки, предпочитающие носить мужской костюм; нередко ■ последнем случае в основе лежит просто предпочтение более простой мужской одежды и притом гораздо более удобной при некоторых условиях работы, но очень часто такая тенденция к переодеванию указывает на аномалию сексуальных влечений. При этом она иногда наблюдается вместе с гомосексуальными наклонностями как таковыми, иногда же представляет самостоятельную аномалию, при которой переодевание является самоцелью, и ■ таких случаях носит название т р а н с в е с т и з м а (от vestis—одежда). До известной степени родственен рассматриваемому явлению так называемый ф е т и ш и з м, когда сексуальное влечение (речь идет обыкновенно о мужчинах) направляется на фартуки, косынки или другие какие-либо предметы женского туалета. У Мопассана имеется интересное описание одного случая фетишизма, направленного на женские ботинки. Предметы, являющиеся фетишами, служат объектами любования, нежных ласк, в результате которого достигается не только половое возбуждение, но и соответствующее удовлетворение, сопровождаемое эякуляцией, иногда при участии мастурбации. Очень важный момент это то, что сделаться фетишем могут не новые предметы, купленные в магазине, а бывшие в употреблении, причем большую роль видимому играют при этом обонятельные ощущения. В одном случае, бывшем под нашим наблюдением, мужчина средних лет, имевший жену и несколько детей, последние годы мог удовлетворять себя в половом отношении только при помощи женских юбок, обязательно бывших в употреблении, в особенности сильно заношенных и пропитанных запахом пота. Так как его жена естественно не давала ему для этой цели предметов своей одежды, то он покупал необходимые ему юбки на базаре; он надевал их на себя, заворачивался в них с головой, онанировал и получал полное удовлетворение. Иногда явления фетишизма ведут к своеобразному коллекционированию. К. Пельман в своей монографии «Psychische Grenzzustände» приводит историю болезни одного мужчины, для которого фетишем явля-

лись фартучки девочек-школьниц. Увидя фартучек на девочке где-либо на улице, он старался приложить все усилия к тому, чтобы приобщить его к своей коллекции, нередко он покупал фартучки, иногда выманивал хитростью, иногда не останавливался перед насилием. Такое же коллекционирование, носящее характер известного полового извращения, можно видеть у приводимой в той же книге больной, которая составила себе своеобразную коллекцию из ночных горшков, принадлежавших в свое время известным в истории женщинам, как например Марии Стюарт, Монтеспан.

Во многих случаях проявления психопатии легче всего могут быть поняты с точки зрения аномалии характера или вообще как отклонения в формировании личности. При этом в некоторых случаях симптомы, находящиеся в центре клинической картины, иногда с полным основанием можно рассматривать как зафиксирование и гипертрофирование отдельных сторон, особенно выпукло выступающих в личности маленького ребенка. Известно, какое большое значение имеет для развития личности утверждение своего «я», своего значения, своих интересов. В этом отношении вполне понятны эгоцентризм и эгоизм ребенка, который постоянно повторяет «я сам» и стремится делать все самостоятельно. Эта черта может быть основной в картине психопатии, давая право говорить как об особых типах об эгоцентриках—психопатах, переоценивающих себя. Для утверждения личности необходимо, чтобы ценность ее была признана и другими. Иногда эта особенность настолько доминирует в картине психопатии, что приобретает характер чего-то особенного, давая право говорить как об особом типе о п с и х о п а т а х, и щ у щ и х о ц е н к и (*Geltungsbedürfnisse*). Иногда средством для достижения цели—утверждения личности и отстаивания ее интересов—является наклонность спорить с окружающими по всякому поводу, нередко самому незначительному. При этом сущность разногласия, из-за которого возник спор или даже ссора, обычно отступает далеко на задний план, так что постоянные споры в конце концов становятся самоцелью. Получается как бы особый тип—п с и х о п а т ы - с п о р щ и к и и п с е в д о к в е р у л я н т ы. От параноиков-кверулянтов они отличаются отсутствием бредовых интерпретаций. В некоторых случаях основным моментом является то, что психопатичная личность лучше всего себя чувствует в атмосфере борьбы, постоянной войны с окружающими, причем благодаря своей активности нередко оказывается в положении завоевателя. Э. Кан выделяет особый тип а к т и в н ы х а у т и с т о в. Иногда при этом приходится считаться с тем, что возбуждает и повышает активность до той высоты, при которой личность больше всего может выявить себя, сознание опасности положения, переживания, связанные с риском. Эти черты естественно могут иногда привести к авантюризму, равно как и толкнуть на путь преступлений. Таким же средством если не утверждения, то хотя бы фиктивного сохранения ценности собственной личности является иногда отказ от активной борьбы с жизненными затруднениями и уход в мир грез и фантазий. С этой же точки зрения можно рассматривать наклонность не только к фантазированию, но и к усиленному продуцированию различного рода ложных утверждений,

нередко целых несоответствующих действительности историй. Эта *pseudologia phantastica*, понятие о которой было выдвинуто еще Дельбрюком, возникая из потребности утверждения ценности собственной личности, хотя бы и путем фиктивных построений, нередко усиливается до такой степени, что становится как бы самоцелью, причем псевдологическая продукция ни в какой мере не соответствует интересам психопата, а иногда приносит ему несомненный вред. Характерно при этом, что псевдолог совершенно не имеет в виду обмануть кого-нибудь и искренно убежден в тот момент по крайней мере, когда рассказывает свои небывлицы, в их истинности. Несомненно однако, что псевдолог при этом, обманывая прежде всего самого себя, выявляет тенденцию личности увеличить свою значительность, так как его болезненная склонность нередко дает ему возможность быть в центре внимания. Отсутствием целевых установок в смысле достижения каких-либо материальных выгод псевдолог-фантаст отличается от другого типа психопатов—лжецов и мошенников. В том и другом случае однако имеются общие черты—очень большая живость фантазии и способность к творчеству, дающие возможность настолько реально, ярко и правдоподобно представить известные явления, что у слушателей не возникает сомнений в их истинности. Псевдолог, или мифоман (по терминологии Дюпре), отличается от мошенника по выражению Кронфельда тем, что первый обманывает себя, а второй—других. Если обратиться к литературным образам, то примером первого может служить знаменитый Тартарен из Тараскона Додэ, а второго —гоголевский Хлестаков. Самым ярким примером психопатов второго рода может служить также сделавшийся исторической личностью шарлатан Калиостро.

Характерологическая точка зрения оказывается продуктивной и при изучении тех психопатов, которые могут быть названы истерическими личностями. Когда для более ясного понимания сущности самого психоза определилась необходимость характерологического изучения, одними из первых были описаны особенности истерического характера или, по бывшему одно время в большом употреблении, но менее целесообразному названию, истерической конституции. Самым существенным здесь являются очень большой эгоцентризм и эгоизм, стремление к красивой позе, стремление казаться лучше, интереснее, значительнее, чем позволяет это думать действительность. Здесь в особенности сильно выражена жажда признания ценности своей личности другими, причем этому моменту придается настолько большое значение, что истерическая личность для удовлетворения своего болезненного самолюбия не останавливается ни перед какими средствами. Таковым прежде всего является инстинктивное стремление всегда играть какую-нибудь роль, выставить себя перед другими в качестве особенно интересной, талантливой личности, которую не понимают и не умеют ценить другие, стремление выставить себя как глубоко чувствующую и тонкую натуру, которая при попытках осуществить свои высокие стремления наталкивается на грубость окружающих, причем очень часто оказывается в положении жертвы. Средством для привлечения

внимания являются также различные фантастические истории, на которые оказываются очень способными психопаты этого рода благодаря своей живой фантазии; при этом дело нередко доходит до обманов и симуляций различных болезненных явлений. Каждому психиатру, имеющему более или менее значительный опыт, известны случаи, когда больные этого рода устраивают себе искусственное повышение температуры, кровавую рвоту или рвоту фекальными массами, заявляют о полном отсутствии аппетита, о возможности для себя обходиться без пищи, питаются в то же время тайком от окружающих. Типична также в данном случае вместе с крайним эгоцентризмом значительная узость сознания, благодаря которой из окружающего воспринимаются только те впечатления, которые соответствуют внутренним ожиданиям больного; для всего же того, что не соответствует их психическим установкам, они оказываются как бы слепыми и глухими; так же услужливыми оказываются их воспоминания. Благодаря всему этому их представления об окружающем и в особенности рассказы о различных событиях, ■ которых они более или менее заинтересованы, обычно полны вопиющих противоречий с действительностью. Нужно иметь в виду, что при этом всегда играет большую роль и значительная примесь сознательных вымыслов. С последними тем больше приходится считаться, что они обычно построены со свойственной таким больным живой фантазией и нередко сопровождаются талантливой инсценировкой. Для характеристики истерической личности могут служить также очень большая внушаемость и самовнушаемость, живая эмоциональность и резко выраженная склонность реагировать на впечатления окружающего, затрагивающие в особенности их интересы, бурными вспышками эмоциональности, по своей интенсивности совершенно не соответствующими вызывающим их обстоятельствам. Основным в этой группе является по К. Ясперсу стремление казаться больше, чем это есть на самом деле. К. Шнейдер не считает целесообразным говорить об истерическом характере или истерических личностях и относит личности с описанными особенностями в группу психопатов, ищущих оценки.

Многим психопатическим личностям помимо их эгоцентризма свойственно в большой степени безразличие к интересам других, делающее их в известном смысле морально тупыми и антисоциальными. Эти особенности однако не носят характера активности и не связаны с тенденцией сознательно причинять зло другим; они носят как бы характер особых пассивных защитных механизмов неполноценной личности, не могущей справиться с жизненными затруднениями, не прибегая к каким-либо особым средствам. Но есть довольно большая группа психопатов, в которой этот а н э т и ч е с к и й с и м п т о м о к о м п л е к с не только выражен очень резко, но и носит характер большой активности и действенности, являясь источником очень большой социальной опасности. Что этот признак может быть очень выпуклым и основным в структуре личности, видно из того, что на него было обращено внимание еще в середине прошлого столетия. Этот период времени, как было указано в соответствующем месте общей части, характеризовался тем, что отдельные ярко бросающиеся в глаза признаки нередко возводились до

степени болезни. Естественно, что к таким болезням, как мания самоубийства, клептомания, гнев, Притчард присоединил свое известное нравственное помешательство (moral insanity).

Это нравственное помешательство, или, как иногда говорят, моральная тупость, являясь по мнению Крепелина своего рода пороком развития, представляет главный определяющий признак для той группы психопатов, которые носят название антисоциальных, врагов общества, или, как называет их Э. Кан, холодных аутистов. Свойственная им холодная жестокость и тупое безразличие к чужим интересам, очень большая воля в связи с достаточным интеллектом являются причиной того, что корреляции этого вида психопатий с преступностью особенно велики. Чертами холодной жестокости и неукротимой волей, с которыми осуществляются задуманные планы, к антисоциальным психопатам приближаются до известной степени так называемые фанатики. Им чужды однако эгоистичные установки, и если они совершают много жестокостей, то не из личных выгод, которые обычно оставляются в полном пренебрежении, а для устранения препятствий, стоящих на пути к достижению намеченной цели. Последняя в конечном итоге имеет в счастье и благо всего человечества, хотя и понимаемые очень своеобразно. Болезненным делает психопата-фанатика именно эта односторонность и концентрация внимания на какой-либо одной идее, осуществление которой рассматривается как дело всей жизни. От антисоциальных психопатов они отличаются также и наличием несомненной эмоциональности, хотя и мало сказывающейся в каких-нибудь обычных выразительных действиях, но несомненно влияющей на все поведение.

Полной противоположностью фанатикам с их неукротимой волей и железной энергией могут считаться неустойчивые психопаты (Haltlose по Крепелину, называемые также instable). Характерными являются слабость воли и легкая подчиняемость окружающей среде; поведением управляют минутные желания и капризы, благодаря чему оно оказывается нестойким и непоследовательным; трудоспособность более или менее резко падает, чему способствует и склонность к различного рода излишества, в особенности легко возникающая, если больные попадают в дурные условия. На этой почве чрезвычайно легко развивается стремление к наркотикам разного рода и прежде всего к алкоголю. Естественно, что психопаты этого рода с трудом удерживаются на одном месте, переходят от одного к другому, обычно к худшему, нередко дело заканчивается полным опусканием на дно, бродяжничеством, проституцией и преступлениями. Такая характеристика этого типа психопатов дана еще Крепелином; она рисует настолько определенный тип, действительно часто встречающийся, что самое понятие и обозначение сохранилось во всех последующих классификациях психопатий. Все же эта нестойкость, неустойчивость имеет различные оттенки, благодаря чему характеристика этого типа у различных авторов и отграничение от других не вполне одинаковы. К частой перемене мест психопата может привести не столько слабость воли, сколько слабая способность адаптации, недостаточная

ибкость психики вместе с некоторой недостаточностью интеллекта. Иногда при этом определяющую роль играет несоответствие между сравнительно большими претензиями и слабой одаренностью. Задаваясь чересчур большими целями, психопат естественно оказывается не на высоте и, не будучи в состоянии удовольствоваться вследствие особенностей своей психики скромным положением, берет себе работу не по силам, и в результате не в состоянии нигде удержаться сколько-нибудь прочно. Блейлер дал этому типу название относительного слабоумия — *Verhältnissblödsinn*. Применяется иногда и термин «салонный идиот», так как психопаты этого рода нередко обладают достаточным внешним лоском и самоуверенностью, с которой держатся в обществе. П. Б. Ганнушкин приблизительно тот же тип называет конституционально-глупыми. Э. Кан, обращая внимание на то, что нестойкость и слабость воли являются иногда выражением постоянных колебаний между двумя полюсами, из которых один характеризуется переоценкой своего «я», а другой — переоценкой окружающего, считает возможным говорить об особых амбигентных психопатах: по его мнению на почве таких особенностей личности часто возникают различные невротические реакции.

Неустойчивые психопаты, равно как истерические личности, характеризуются признаками, относящимися не к одной только стороне, например к влечениям, темпераменту и прочему, а рядом признаков, относящихся ко всем им. Поэтому Э. Каном они относятся в особую группу сложных психопатий. Такими же являются и так называемые шизоидные психопаты. По первоначальному пониманию это должно быть что-то промежуточное между нормальной психикой и шизофренией. В части случаев это — препсихопатическая личность шизофреника, именно тот симптомокомплекс из аутизма, недоверчивости, замкнутости, иногда импульсивности и нелепости поведения, на фоне которых нередко развивается шизофренический процесс. С соматической стороны это преимущественно астеники или гигантики, часто с неуклюжестью, угловатостью движений. Поведение их неровно, порывисто, импульсивно. В работе они то небрежны и крайне неаккуратны, то в течение известного периода времени необычайно прилежны. Среди окружающих они часто считаются чужаками, так как живут уединенно, обособленно, нередко затрачивают очень большую энергию на изучение практически мало пригодных знаний, собирают коллекции ни на что ненужных вещей. Мышление их характеризуется очень большой абстрактностью, отвлеченностью, склонностью к фантазии и резонерству: при наличии хорошей одаренности они могут проявить большую способность к продуктивному творчеству в области философского или поэтического творчества. Кречмер, давший подробное описание шизоидных личностей именно в этом смысле, указывает, что неуклюжий, аутичный и как будто тупой с виду юноша, бесцельно проводящий свои молодые годы, вдруг может выпустить томик стихотворений с нежнейшими настроениями. Для эмоциональной сферы шизоидов характерны постоянные колебания между двумя полюсами: крайней холодностью, тупостью, равнодушием к окружающему и крайней чувствительностью, рани-

моо
ся
ше
бли
мо
ям
на
ют
ши
чае
это
обн
Ино
ном
доч
заб
под

ност
хоп
пер
ско
тат
слу
чив
име
бен
цесс
ные
или
френ
рые
черт
набл
гих
генн
черт
лич
влия
в ча
ност
дита
влия
каци
то б
не и
то п
слово
хопат
сомат
круг

мостью. Их болезненная щепетильность может более всего выявиться в различных неприятных ощущениях, головных болях, повышенной возбудимости и раздражительности; иногда при этом наблюдается много навязчивых мыслей и страхов, так что ■ общем может получиться впечатление больного с невротическими реакциями; при ближайшем рассмотрении этих случаев оказывается однако, что здесь симптомы, импонирующие как невротические, являются только внешней оболочкой для иной сущности, имеющей типично шизоидную структуру. Психиатрическая клиника II ММИ обозначает эти случаи как ш и з о и д н ы х н е в р о т и к о в, помня при этом, что шизоиды как таковые не страдают процессом ■ не должны обнаруживать типичной для шизофрении деградации и слабоумия. Иногда шизоидная неустойчивость может привести к безудержному пьянству, которое является прежде всего выражением беспорядочности поведения и отличается от других видов алкогольных заболеваний. Бинсвангер выделяет такие случаи в особую группу под названием ш и з о и д н ы х а л к о г о л и к о в.

Более точное выяснение того, что представляют шизоидные личности, требует прежде всего разрешения вопроса об отношении психопатии этого рода к шизофрении. Первоначальный взгляд, что первая есть только более легкая и начальная форма шизофренического процесса, как бы преддверие к шизофрении, не может считаться правильным для некоторых, по К. Шнейдеру очень редких случаев, и не только потому, что очень часто всю жизнь дело ограничивается шизоидными чертами, не давая процесса. Прежде всего имеет значение, что, как показал Гофман при выяснении особенностей личности, давших ■ конце концов шизофренический процесс, только приблизительно ■ 60% можно констатировать шизоидные черты. Как теперь можно считать установленным, шизоидность или шизоидия может наблюдаться без всякого отношения к шизофрении, так как она представляет абстракцию из таких черт, которые могут быть у каждого человека. Как циклоидные или синтонные черты, так и шизоидные широко распространены и в норме; они могут наблюдаться у одной и той же личности, причем пропорция тех и других может меняться в зависимости от возраста или каких-либо экзогенных моментов. С наступлением периода увядания шизоидные черты, в особенности замкнутость, недоверчивость, значительно увеличиваются. Такие же изменения в личности могут наступить под влиянием неблагоприятных психических влияний и соматических, в частности инфекционных, заболеваний. Кроме собственно шизоидности, как выражения прирожденного психического склада, приходится говорить о ш и з о и д и р о в а н и и л и ч н о с т и под влиянием экзогенных моментов, например туберкулезной интоксикации. Так как самое название шизоид связано с презумпцией чего-то болезненного, а, как видно из сказанного, шизоидность может не иметь ничего общего ни с шизофренией, ни вообще с болезнью, то понятно предложение Бострема заменить термин шизоидность словом дистонность. Все же в главной своей массе шизоидные психопаты и по данным генеалогического изучения и по преобладающим соматическим типам должны быть отнесены к шизофреническому кругу заболеваний; можно думать, что и так называемое шизоиди-

рование под влиянием внешних моментов в значительной мере представляет выявление скрытого конституционального предрасположения; это в особенности относится к шизоидированию под влиянием туберкулеза, ввиду очень больших корреляций его с астеническим сложением, а последнего в свою очередь—с шизофренией. В согласии с этим Э. Кан дает такое определение шизоидных психопатов: это дистонные личности с аутистическим, амбитендентным, реже эгоцентрическим характером, с конституциональным предрасположением к шизоидным реакциям и шизофренным заболеваниям и с отрицательным сродством к пикническому сложению.

Сущность психопатий

Как видно из только что изложенного, в генезе психопатий более всего приходится считаться с наследственным отягощением и различными моментами, обусловленными поражением зачатка. Но помимо особенностей прирожденного склада играют роль и экзогенные, в частности психические, факторы. Никем не оспаривается, что психопатии—это своего рода аномалии развития личности, причем схематическое положение дела можно представить таким образом, что врожденной является общая неустойчивость с особенно слабым развитием отдельных сторон, а различные моменты личной жизни, особенно в ее ранние периоды, выявляют эти прирожденные особенности, влияя до известной степени и на направление психопатии. На характер формирования психопатий несомненно оказывает влияние и наследственное отягощение. Генетикам свойственна тенденция считать этот фактор основным и единственно определяющим. Известный Гофман в особенности стоит на точке зрения передачи из поколения в поколение основных радикалов, определяющих судьбу психопатической личности. На такой же точке зрения стоит Ланге в своей работе о наследственности как судьбе. Но правильнее смотреть, что наследственность не определяет фатальным образом не только структуры психопатии, но даже ее возникновения. Иначе нечем было бы объяснить того факта, что количество психопатических личностей в различные эпохи представляет большие колебания при одних и тех же условиях в смысле распространения наследственного отягощения. Бывают условия, когда уродуются талантливые, одаренные натуры и дают психопатию, и наоборот, периоды, когда налицо имеются все условия для полного развития личности и когда большое количество потенциальных психопатов дает людей большой социальной ценности. Наследственность—только один из факторов, хотя и несомненно большого значения, определяющих сформирование, «становление» личности с характерной для психопата гипертрофией чувства «я». Вместе с наследственностью и различными экзогенными моментами играет роль и сама личность с основными ее установками и притом личность, живущая в определенных конкретных исторических условиях. Помимо наследственного отягощения может иметь значение, видимо больше для самого возникновения психопатии, чем для определения ее структуры, поражение зачатка, равно как и заболевания первых лет жизни. Большую роль играют также и все переживания детства.

Хотя и нев
в кото
рано в
больш
впечат
хопати
борьб
котор
исключ
психоп
пелин
патов
в кру
рой бо
тах. Н
ции к
относ
вообш
непра
патий
сохра
и неп
харак
у них
о рас
вых п
мении
рет
лем э
ческо
такто
ковых
болез
Розен
инфек
что в
псих
момен
пораж
прояв

Социа

Б
витие
слива
резко
в ин
и ино
среди
венн

Хотя мы не склонны спешить с диагнозом психопатии, равно как и невроза в детском возрасте, но все же учитывать роль условий, в которых вырос ребенок, считаем необходимым. Известно, как рано вообще закладываются основы психической личности и какую большую роль играют для ее склада и установок на окружающее впечатления раннего детства. Современное положение учения о психопатиях нуждается в коренной переработке; оно характеризуется борьбой конституциональных и экзогенных факторов, каждый из которых у отдельных исследователей получает значение чего-то исключительного. Так например в объяснении генеза сексуальных психопатий выдвигаются именно эти две точки зрения: одна Крепелина, ставящего акцент на влиянии совращения, так как психопатов с сексуальными извращениями оказывается больше всего в крупных городах, и другая, отстаиваемая Гиршфельдом, по которой больше всего приходится думать о конституциональных моментах. Несомненно здесь имеется как то, так и другое, причем пропорции компонентов того и другого порядка могут быть различны, и это относится не только к сексуальным извращениям, а и к психопатам вообще. Если сделать попытку ближе подойти к сущности того неправильного развития личности, которое лежит в основе психопатий, то нельзя не обратить внимания на следующее: сравнительно сохраненному интеллекту в этих случаях должны соответствовать и неповрежденные корковые механизмы, и так как для психопатов характерно расстройство управления ими в связи с особенной ролью у них импульсов и влечений, то более всего приходится думать о расстройствах контактов между деятельностью коры и подкорковых центров. Так в особенности заставляют думать случаи, по отношению к которым с известным правом можно говорить о п р и о б р е т е н н ы х п с и х о п а т и я х. Наиболее ярким представителем этой группы можно считать изменение личности после эпидемического энцефалита, при котором нарушение вышеуказанных контактов с преобладанием роли возбуждений, исходящих из-под корковых узлов, можно считать соответствующим всему существу этой болезни. Если нужно относиться как к преувеличению к взгляду Розенфельда, по которому все психопатии являются последствием инфекций, перенесенных в ранние периоды жизни, то справедливо, что в основе их всегда лежат аналогичные с постэнцефалитическими психопатиями сдвиги, хотя и вызванные не всегда одинаковыми моментами: наследственным отягощением в собственном смысле или поражением зачатка, или экзогенными моментами, в особенности проявляющими свое действие в ранние периоды жизни.

Социальное и в частности криминальное значение психопатических личностей

Благодаря общей дисгармонии психического склада с особенным развитием одной какой-нибудь стороны психопатам не только не свойственно сливаться с окружающей средой, но, наоборот, они всегда более или менее резко выделяются из нее, часто идут наперекор всем окружающим. Так как в интеллекте их не наблюдается дефектов количественного характера и иногда они полны энергии, то неудивительно, что им свойственно играть среди окружающих большую роль, в общем более значительную, чем обыкновенным, средним людям. Ввиду того, что психопаты—это варианты психи-

ческой личности, и притом не только минус-, но и плюс-варианты, эта роль не всегда одинакова. Врачу больше всего приходится встречаться с тем, что вносят психопаты в окружающую жизнь отрицательного; несомненно, что эта сторона и наиболее изучена. Прежде всего нужно сказать, что значение психопатов в этом отношении даже более значительно, чем собственно душевнобольных. Это вполне естественно, так как в психиатрические больницы они помещаются только в случае каких-либо осложнений и обыкновенно остаются в населении, не будучи ничем стеснены в своей деятельности. Так как они до поры до времени не обнаруживают ничего явно патологического, то для окружающих и не может быть особенных причин проявлять по отношению к ним сдержанность и осторожность в такой мере, как это естественно относительно душевнобольных. Как уже говорилось выше, от своих болезненных проявлений психопаты очень часто страдают сами. С социальной точки зрения здесь прежде всего приходится обращать внимание на очень большую частоту среди психопатов с а м о у б и й с т в. Известно, что в очень многих случаях покушение на самоубийство является непосредственным выражением непреодолимых влечений, возникающих на болезненной почве, как в особенности бывает у меланхоликов. Но, как нужно думать, помимо болезненного состояния, которое если не всегда, то большей частью имеется налицо у покушающихся на самоубийство, большое значение имеют социальные моменты. Если стремление к самоубийству является результатом болезненных сдвигов в психике в результате тяжелых жизненных переживаний, то естественно такие сдвиги особенно легко могут возникнуть при наличии психопатической неустойчивости и возбудимости. Как бы то ни было, по всем статистикам, в частности Н. П. Бруханского, корреляции стремления к самоубийству особенно велики по отношению к психопатиям. Большое значение имеет также, что очень многие психопаты вследствие своей неустойчивости и повышенной внушаемости, попав в неблагоприятную среду, могут обнаружить те или другие особенности, не безразличные с точки зрения интересов общества. Не менее часто к тому же могут повести те или другие черты, проистекающие из самой сущности психопатий. Здесь прежде всего нужно указать на очень большие корреляции с п р е с т у п н о с т ь ю. Они не одинаково велики по отношению к отдельным группам психопатов, причем для каждой из последних типичны особые правонарушения. Возбудимым и эксплозивным психопатам свойственны проявления агрессивности, оскорбление действием, нанесение повреждений и убийства. Самый механизм преступления сводится к выпадению тормозящих влияний благодаря очень большому аффективному возбуждению; он особенно ясен при эпилептоидных реакциях, характеризуясь иногда более или менее значительным помрачением сознания и приближаясь к тому, что наблюдается в аналогичных состояниях при эпилепсии. От последней они отличаются однако тем, что помрачение сознания, если вообще имеет место, бывает не так глубоко; имеет значение также, что по условиям развития они являются всегда реакцией на внешнее раздражение; не наблюдается здесь обыкновенно ■ описанных в главе об эпилепсии особенностей, характеризующих преступления эпилептиков. У возбудимых и эксплозивных во время прохождения военной службы их болезненные проявления могут привести к н а р у ш е н и я м д и с ц и п л и н ы и в частности к оскорблению командного состава. С другой стороны, у неустойчивых и в особенности у импульсивных психопатов (дромомания) при тех же условиях болезненные проявления могут вылиться в картину д е з е р т и р с т в а. Что касается собственно неустойчивых, наиболее типичным для них правонарушением является в о р о в с т в о. Большую опасность в социальном отношении представляют сексуальные психопаты, тем более, что их болезненные проявления направляются обыкновенно на детей, подростков или женщин, вообще субъектов, не могущих оказать им особенного сопротивления. Кроме насилия собственно здесь приходится считаться и с ролью совращения. На садистической почве в яркой форме могут развернуться иногда и проявления жестокости с нанесением тяжелых повреждений, и даже как определенный ингредиент полового акта может быть совершено убийство. Большую опасность в криминальном отношении представляют также психопаты-лгуны и мошенники, так как благодаря своей активности и фантазии очень могут импонировать окружающим, в особенности людям доверчивым и ограниченным, которые делают их жертвами, иногда очень страдая в материальном отношении. Они же нередко

являются растратчиками общественных денег. То же может случиться с психопатами неустойчивого типа. Наиболее опасными в социальном отношении нужно считать однако тех психопатов, для которых основным является аневротический симптомокомплекс и которых Крепелин называет врагами общества. В этом нет ничего удивительного, так как тенденции к совершению преступлений здесь являются не чем-то временным, до известной степени случайным и вызванным притом наличностью определенной ситуации, как то бывает у психопатов, характеризующихся своей эксплозивностью, а присущи им всегда как основное свойство. При этом их холодная жестокость и вообще малая аффективность дают им возможность быть методичными в разработке плана совершения преступления, в самом проведении его и скрывании следов. К этому типу относится ряд приобретших большую известность убийц последнего времени, за которыми числится по несколько десятков жертв, и в частности москвич Комаров, заманивавший к себе на квартиру намеченные жертвы под видом переговоров о продаже лошади и убивавший их неожиданным ударом молотка. Опасность таких психопатов увеличивается еще тем обстоятельством, что они часто действуют не в одиночку, а становятся главарями целой шайки, действующей по выработанному ими плану и по их указаниям. Для того, чтобы составить представление о той огромной роли, которую играют психопаты как правонарушители, достаточно обратить внимание на следующие данные. По статистике немецких криминалистов психопаты составляют приблизительно 30% всех преступников, по американским авторам — даже 35%. Если сюда прибавить вообще неполноценных и в частности умственно-отсталых, то вместе с психопатами это охватит не менее 60% преступников. Для учета роли психопатов с точки зрения преступности нужно помимо количественной стороны обратить внимание на то, что психопаты по своей активности и в общем хорошей одаренности как бы задают тон всему преступному миру.

При оценке криминальных действий психопатов с точки зрения Уголовного кодекса нужно иметь в виду, что психопатия сама по себе не говорит о ненаказуемости и о применении мер социальной защиты не уголовно-исправительного, а медицинского характера. В каждом отдельном случае приходится обращать внимание на все данные, характеризующие состояние, в котором совершено преступление, и на всю структуру личности. При большой возбудимости психопатов естественно, что нередко приходится констатировать аффективные состояния, в частности патологические аффекты, возможно — с более длительным затемнением сознания, возникающие иногда под влиянием алкоголя. В некоторых случаях приходится принять во внимание наличие навязчивых или импульсивных влечений, которым при известных условиях даже невозможно противостоять, так как они могут целиком детерминировать поведение психопата. Так как советское законодательство стоит на точке зрения не наказания за содеянное, а защиты общества от преступных действий, предупреждения возможности повторения преступных действий в будущем, то в каждом конкретном случае необходим анализ всей психической личности в целом, а не только оценка того состояния, в котором совершено преступление. При этом учитываются обстановка преступления, обстоятельства, толкнувшие на него, среда и уровень развития правонарушителя. Все это кладется в основу решения вопроса о степени социальной опасности правонарушителя и о наиболее целесообразных мерах социальной защиты. В случае признания психопата социально опасным выносятся постановления, подобно тому как это делается по отношению к душевнобольным в собственном смысле, о принудительном лечении в психиатрической больнице. Для несовершеннолетних применяются меры социальной защиты медико-педагогического характера, именно отдача на попечение родителей, усыновителей, опекунов, родственников, или иных лиц и учреждений, или же применяется помещение в специальные лечебно-воспитательные заведения.

При оценке социального значения психопатов необходимо принять во внимание, что в некоторых случаях о них приходится говорить не только как об источнике беспокойства для окружающих, опасности для имущества в жизни, но и как о носителях очень ценных свойств. Важно при этом, что ценность психопатической личности обуславливается не только тем, что ей свойственны вместе с теми или другими явно патологическими чертами и положительные стороны, например большая одаренность, общая или в одной

какой-нибудь специальной области. Среди ученых, поэтов, художников немало можно насчитать лиц, при очень большой одаренности, даже гениальности представлявших явно психопатические черты. Принимая во внимание, что выдающийся интеллект сам по себе представляет отклонение от средней нормы, естественно, что эта своего рода аномалия связана с некоторой общей дисгармонией и аномалиями в других областях. В этих случаях повышенная ценность личности не обуславливается психопатией, а существует вместе с ней и, можно сказать, несмотря на нее. Но возможны случаи, когда личность оказывается ценной в известных отношениях именно благодаря психопатическим своим свойствам. Так при наличии известной одаренности, хотя бы и не представляющей ничего выдающегося, свойственная психопатам односторонность может дать в результате ценные достижения. К этому в особенности могут привести способность воодушевления одной какой-нибудь идеей, богатство фантазии, свойственное некоторым психопатам в очень большой степени. Многие психопаты хорошо себя чувствуют только в атмосфере борьбы и опасности, благодаря чему могут оказаться полезными на войне или при участии в каких-нибудь особенных экспедициях. Свойственное многим стремление к новому, особенному, может привести иногда к ценным изобретениям. Нужно добавить, что Колумб, Васко-де-Гама и другие открыватели новых стран были своего рода искателями приключений и психопатическими личностями.

Профилактика и лечение психопатий

Поскольку психопатии представляют своего рода аномалию развития, а иногда могут быть рассматриваемы как рудиментарные формы психозов, профилактика в данном случае совпадает с невропсихической профилактикой вообще. Так как в генезе большую роль играют конституциональные моменты, имеют значение все меры, указанные в главе о психопрофилактике и психогигиене. Но если черты аномального развития обозначились уже с полной ясностью, то и здесь положение не так безнадежно. Теоретически возможны попытки изменить конституцию путем пересадки тех желез, деятельность которых предполагается пониженной. Практический опыт в этом отношении имеется больше всего по отношению к гомосексуализму; имплантация половых желез от здоровых субъектов как будто может повысить нормальное сексуальное влечение, но вполне убедительных данных по этому вопросу еще нет, тем более, что не выработана еще и методика. Железы от тех животных, у которых они обычно берутся для этой цели, большей частью скоро рассасываются или просто не приживаются. Больше надежд на успех при имплантации органов от обезьян, но этот вид терапии по своей дороговизне не мог еще найти широкого применения. Некоторую пользу можно надеяться получить от спермина и овариина, равно как от вытяжек других желез, но, поскольку основы личности закладываются очень рано, от применения вытяжек, когда картина психопатии уже сложилась, нельзя получить очень многого. Гораздо больше можно сделать, ставя акцент, во-первых, на предупреждение дурных влияний, а во-вторых—на психотерапию, имеющую целью развитие более сохранившихся и более здоровых сторон личности. В какой мере важна первая сторона, было ясно отдельным исследователям уже давно. Все успехи психиатрии последнего десятилетия связаны с выяснением роли среды и вообще социальных факторов, и если очень многое от них зависит в картине вполне развитого психоза, то еще больше это относится к психопатиям. Особенно ясно можно видеть это на примере беспризорных детей и подростков.

Нет н
у них
и если
запу
и воо
счита
нанос
масс
ных,
то яс
псих
д у р
прин
смотр
ствен
но ко
огром
поло
спект
склад
ском
лых д
■ ши
детей
ные п
щие
сущес
учреж
колич
невро
долж
и вооб
труд
можн
при а
харак
лых
сильн
форма
стей,
По
подхо
к уст
«креп
Наш
психо
лечен
чество
остаю
наблю
в воп

Нет никаких оснований предполагать, что наследственное отягощение у них больше, чем у каких-либо других групп того же возраста, и если среди них так много отсталых именно вследствие социальной запущенности, бродяжек, нищих, проституток, воров, грабителей и вообще преступников, то нельзя забывать, что эти черты, обычно считающиеся чем-то характерным для психопатов, целиком являются наносными. Так как беспризорность, бывшая ■ годы интервенции массовым явлением, представляла только сгущение того, что в отдельных, но очень многочисленных случаях имеется во всякое время, то ясно, как много можно сделать в смысле профилактики и лечения психопатии путем правильного воспитания с у с т р а н е н и е м д у р н ы х в л и я н и й с р е д ы. Не менее важен также второй принцип—развитие более здоровых сторон. Пока на психопатии смотрели как на рудименты болезни, имеющие своей основой наследственное отягощение, лечение их было конечно безнадежным делом, но когда в них стали видеть аномалии развития, в генезе которых огромную роль играет экзогенная и основы установки личности, положение в смысле терапии оказалось имеющим определенные перспективы. В особенности много можно сделать, если на аномальный склад личности обращено внимание очень рано, именно еще в детском возрасте. Особые вспомогательные школы для умственно отсталых давно уже нашли себе общее признание, но следует организовать в широком масштабе школы для трудно воспитуемых, т. е. таких детей, о которых можно сказать, что они in spe одновременно и опасные правонарушители и полезные граждане, может быть даже выдающиеся работники в той или другой области. Такие школы пока еще существуют главным образом в качестве опытно-показательных учреждений, но следует стремиться к расширению и увеличению их количества до возможности провести через них всех маленьких невропатов и психопатов. В более позднем возрасте основой лечения должен быть трудовой режим, проводимый ■ особых колониях и вообще учреждениях с специальным трудовым режимом. Поскольку труд является осью и основой жизни, от такого рода мероприятий можно ожидать больше всего результатов. Необходимо иметь в виду при этом, что имеет значение не труд вообще, независимо от его характера, а определенная система трудовой терапии. В более тяжелых случаях психопатий, в которых обычно оказываются особенно сильными наследственные компоненты, необходима та или иная форма изоляции как мера социальной защиты общества от опасностей, таящихся в преступных тенденциях психопата.

По отношению к уже совершившим то или другое преступление подход не везде является одинаковым. Практика Германии привела к устройству психиатрических отделений при тюрьмах и особых «крепких» отделений (тюремного типа) в психиатрических больницах. Наш современный подход характеризуется принципом рассеивания психопатов, признанных социально опасными для принудительного лечения по различным психиатрическим больницам. Большое количество психопатов из числа тех, которые признаны вменяемыми, остаются в тюрьмах. Опыт показал крайнюю целесообразность наблюдения за ними врача-психиатра, имеющего специальный опыт в вопросах судебной психопатологии.

IX. ТРЕТИЙ ТИП

ПСИХИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ И РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

35. НЕВРОЗЫ

В психопатических личностях, равно как в психастении и конституциональной нервности, мы видели пример болезненных состояний, в генезе которых главная роль принадлежит прирожденным особенностям психо-физического склада, хотя различные моменты в течение личной жизни, преимущественно в первые периоды ее, могут не только способствовать выявлению болезненных изменений, но и определить их направление. В реакциях личности, свойственных неврозам, и в реактивных состояниях в собственном смысле конституциональные моменты также имеют значение, но центр тяжести не в них, а в расстройствах, вызванных экзогенными факторами. Роль последних сказывается не только в изменении пропорций между эндогенными и экзогенными моментами в сторону усиления последних, что нужно считать характерным не для неврозов собственно, а для реактивных состояний, но в смысле качественных сдвигов в психическом функционировании. Невротические реакции могут особенно легко развиваться — и так действительно бывает чаще всего — на почве врожденной психической неустойчивости, свойственной многим психопатическим личностям, но самое основное в них — это изменение установок к себе и своим жизненным задачам и особенно к окружающему. При неврозах личность, может быть и недостаточно полноценная от рождения, заболевает, не будучи в состоянии справиться с требованиями жизни; она может сохранить, так сказать, свое лицо, не утратить окончательно своего достоинства только путем отказа от активной борьбы и бегства от жизни в болезнь с развитием особых психических реакций, являющихся своего рода защитными средствами. При реактивных состояниях сущность сводится к непосредственному действию психических переживаний, причем интенсивность болезненных изменений целиком зависит от тяжести жизненной ситуации. В части случаев это более острые и до известной степени примитивные сравнительно с неврозами состояния, которые по миновании травмирующего воздействия или сглаживаются без остатка, или ведут к развитию более длительных и стойких расстройств в виде невротических картин или даже, при наличии соответствующей эндогении и вообще

неблагоприятных моментов, к тем или другим психозам. С точки зрения уменьшения роли эндогенных моментов и вместе с тем нарастания экзогений главные группы пограничных состояний могут быть расположены в таком порядке: психопатии, неврозы, реактивные состояния.

Как видно из сказанного, невроз возникает из взаимодействия двух величин—личности и окружающей среды; болезненная реакция возникает, если личность не справляется с задачами перед обществом, понимая последнее как в смысле маленькой ячейки, образуемой самыми близкими, так и более крупных коллективов—учреждения, в которых работает пациент. Самая сущность невроза таким образом предполагает несоответствие между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений. Таким образом неврозы являются социальным заболеванием *par excellence*, так как, если бы в социальных отношениях все было гладко, нельзя было бы представить себе вообще развитие невротических реакций. Если, с другой стороны, принять во внимание, как далеко еще от желаемого совершенства урегулирование отношений, возникающих в связи с разрешением вопросов о браке, семье, работе и обо всем укладе жизни, понятно, как велико должно быть количество больных с невротическими реакциями, и можно понять Джонса, который считает, что неврозами, если учесть и самые легкие формы, страдает большая часть человечества. Социальный характер данной группы болезненных состояний обуславливается и другими моментами, играющими роль в их генезе. Развитию неврозов способствует наличие некоторой врожденной неустойчивости или ослабление сопротивляемости организма вследствие каких-нибудь физических заболеваний, характеризующихся благодаря своей распространенности большой социальной значимостью, аналогично психозам и психопатиям, с которыми они имеют до известной степени одни и те же корни; в частности неврозы обнаруживают значительную зависимость от инфекций в смысле повышения физической готовности, например от сифилиса, туберкулеза, социальное значение которых неоспоримо. Подобно тому как в психиатрии вообще в известные периоды ее развития понятие болезни нередко устанавливалось на основании только одного какого-нибудь выдающегося признака, который возвышался до ранга болезни, так это было в свое время и с неврозами. Повышенная возбудимость и утомляемость, свойственная очень многим болезненным состояниям, дали повод американскому врачу Берду в 1880 г. выделить как особое заболевание *неврастению*. Повышенная внушаемость и зависимость от психических моментов с склонностью к бурным реакциям на эмоциональные переживания считались характерными для особой болезни—*истерии*, для изучения которой в первой стадии развития учения о ней особенно много сделал Шарко. Как наблюдалось и в других случаях, недостаточно точное определение понятий привело к очень большому их расширению, и неудивительно, что неврастения и истерия разрослись до очень больших, почти необъятных размеров вследствие того, что к ним относили все случаи, где не было собственно психоза, а только те

или другие проявления нервности, причем к ним причислялись не только невротические реакции в современном смысле, но и психопатии, равно как и начальные и легкие формы психозов, например циклотимия, мягко протекающие шизофрении. В последующее время вместе с отграничением от всего того, что не относится собственно к психозам, произошло расщепление прежних неврастений и истерий на большее количество отдельных типов невротических реакций, различающихся своим генезом и структурой; при этом и самые названия «неврастения» и «истерия» хотя и сохранились, но понимаются в более точном и ограничительном смысле.

Учение о неврозах, равно как и о психопатиях, с самого начала возникновения этого понятия проделало длинную эволюцию, которую и сейчас нельзя считать законченной. Именно теперь происходит коренной пересмотр проблемы сущности неврозов, который заставил отказаться от прежних представлений, но не привел к чему-нибудь окончательному и приемлемому для исследователей разных направлений.

В эволюции учения о неврозах основным является сужение необычайно обширной области неврозов и ограничение самого понятия. Вместе с ограничением выясняется также необходимость и отграничения от тех расстройств, которые не являются неврозами, хотя и близки к ним по своим проявлениям, отчасти может быть и генезу. Прежде всего должно проводиться такое отграничение по отношению к расстройствам, в основе которых лежат изменения чисто эндокринного и вообще вегетативного порядка без участия психотравматизирующих факторов в собственном смысле. Хотя вегетативная нервная система—и в частности симпатическая—играет большую роль в процессах взаимодействия с окружающей средой и таким образом ее участие в реакциях организма на внешнее воздействие несомненно, все же едва ли было бы обосновано ставить знак равенства между неврозами, с одной стороны, вегетозами или симпатозами—с другой. Возможны картины, в генезе которых главную роль играют именно эти расстройства и которые однако не подходят под понятие невротических реакций. В этом отношении заслуживает внимания взгляд Гофмана, разделяющего неврозы, имеющие определенные психические корни, от функциональных заболеваний центральной нервной системы, имеющих в основе недостаточность соматического в широком смысле порядка.

Неразрешенной задачей также является отграничение от психопатий. В западной литературе имеется тенденция строго отделять психопатии от неврозов друг от друга, хотя не указывается каких-либо определенных критериев. Гофман говорит, что невротические расстройства затрагивают слои инстинктов и психических побуждений, тогда как для психопатий существенным является поражение слоев абстрактных тенденций и сознательной воли. Поскольку выделение таких слоев искусственно, то же нужно сказать относительно основывающегося на этом принципе отграничения неврозов от психопатий. Больше дает как будто разделение, делаемое Рейхардтом: невропатии—это неполадки в вегетативной или эндокринной системе, а психопатии—в сфере инстинктов, темперамента или характера, но и это подразделение также не охватывает самого существа рассматриваемых заболеваний. Проф. П. Б. Ганнушкин в своей монографии о психопатиях определенно высказался против возможности четкого разделения. Он склонен думать, что один из этих терминов, а именно «невропатия», должен отпасть. Сам он это в своей книге практически и проводит. В ней в главах «Реакции» и «Развитие личности» почти полностью излагается симптоматика неврозов в обычном смысле, хотя самое название можно найти едва ли не только в примечаниях. Мы лично думаем, что такое растворение неврозов в психопатиях не может считаться оправданным.

Работа по пересмотру учения о неврозах должна исходить из некоторых основных положений, которые для всех должны быть ясны. В качестве одного из них по нашему мнению можно привести то, что идущий за последние десятилетия процесс развенчивания неврозов, сужения и ограничения их должен приостановиться значительно раньше полной ликвидации самого понятия. Как нам думается, нельзя считать оправданным и низведение их

до степени просто реакций, как это делает Бумке. Реакция—это общепсихопатологическое понятие, тогда как о неврозах можно говорить как о вполне ясно очерченных клинических картинах. Просто к реакциям можно отнести состояния шока после испуга, кратковременные аффективные состояния, возникающие при соответствующей ситуации. Между тем при неврозе речь идет о более сложных структурах. В особенности много может дать для выяснения положения дела психопатология детского возраста, которая по нашему мнению вообще мало была использована для освещения общих вопросов психиатрии. Детский возраст представляет очень благоприятные условия для ознакомления с нервными расстройствами, так как здесь они могут изучаться у первоисточника, так сказать *in statu nascendi*, и притом в более простой и неосложненной различными добавочными моментами, как это обычно бывает у взрослых, форме. Это несомненно относится и к неврозам. В частности здесь в особенности много можно найти данных, могущих выяснить отличие невроза собственно от реакции. В детском возрасте вследствие особенной чувствительности нервной системы и всего организма очень легко вообще возникают различные реактивные явления, в особенности разного рода судороги, нервная рвота, тики, состояния страха, проявления повышенной возбудимости. Могут быть не только отдельные симптомы нервноности, но даже целые комплексы их. В частности и в детском возрасте могут наблюдаться картины симпатозов. Но нужно по нашему мнению отличать три совершенно различные понятия, представляющие как бы три ступени все усложняющейся структуры, и это особенно ясно именно на детском материале. Могут быть проявления повышенной возбудимости, различные явления раздражения и даже целые группы их, не представлявшие однако болезни в собственном смысле. Очень часто такого рода явления наблюдаются в детском возрасте, в частности у школьников. Это дает повод школьным врачам и детским психоневрологам говорить о больших цифрах детской нервноности, о частоте нервного истощения и других неврозах. Между тем здесь в большинстве случаев нет никаких неврозов, может быть вообще болезни, а та нервноность, которая может считаться симптомом роста в дальнейшем обычно исчезает. Иначе нельзя объяснить такого явления, что в старших классах по данным тех же авторов процент так называемых неврозов уменьшается. Несомненно конечно, что кроме специфически присущей детям известного возраста нервноности как своего рода симптома роста у детей могут быть и болезненные реакции. Но подобно тому, как не всякая нервноность в детском возрасте есть болезнь, так не всякая болезненная реакция, выражающаяся в симптомах нервного порядка, есть невроз. Что например выделяет известную картину *rauco posturpis* из общей массы проявлений боязливости по ночам? Прежде всего наличие определенного психотравматизирующего момента. Страх у ребенка в темноте ночью может зависеть от его общей боязливости, от каких-нибудь соматических недочетов, в частности от тех, которые могут быть отнесены к симпатозам. С другой стороны, наличие психической травмы само по себе недостаточно, чтобы дать картину невроза. Нужно, чтобы она нашла в условиях личности, в ее психическом складе, связанном с особенностями биологических реакций, достаточно ясный резонанс, нужно, чтобы в ней самой произошли определенные сдвиги, обуславливающие особое отношение именно к данной психической травме и облегчающие легкое повторение переживания страха в прежней форме. Таким образом кроме психической травмы необходимо еще наличие своеобразной структуры личности и ряда изменений в ней, первый толчок для которого дается психической травмой. Иными словами здесь необходимо сочетание трех звеньев—психическая травма, особый склад личности и невротическое развитие ее под влиянием травмы с особым отношением личности к развившимся в результате психической травмы реактивным изменениям. Это более или менее компенсированные срывы личности при продвижении ее вперед в своем развитии. Этот срыв обуславливается изменениями, внесенными в общую экономику организма психической травмой. Связанные с ней изменения соматического порядка оказываются выраженными наиболее резко в тех системах, которые по причинам врожденного или приобретенного порядка были особенно слабы. Выявляя наиболее слабые места, психическая травма определяет в наиболее существенных чертах и симптоматику. В зависимости от этого в одном случае развиваются ночные страхи, в другом—зависание, в третьем—невроз какого-либо органа.

Проблема классификации в такой мало разработанной области представляет особенные трудности. Нельзя считать целесообразными попытки разделения, основывающиеся на признаках биологического порядка. К таким относится деление Джонса и вообще психоаналитической школы на актуальные (неврастения и невроз страха) и неактуальные неврозы. Оно предполагает, что при так называемых актуальных неврозах болезненные явления имеют место только, пока продолжается вредное действие соответствующих этиологических моментов. Как мы видели, при неврозах вообще дело не в биологических факторах самих по себе, а в их так сказать психической интерпретации личностью, почему самое разделение по указанному признаку не может считаться обоснованным. Известное разделение Шульца на *Fremdneurosen*, *Rand-Schicht- und Kernneurosen* имеет в виду только постепенную градацию в смысле уменьшения экзогенных и увеличения эндогенных моментов и также учитывает только биологические факторы.

К. Бирнбаум в своей «*Sociologie der Neurosen*» по этому вопросу говорит, что повторяющимся в типической форме социальным условиям соответствуют и типические социально обусловленные формы выражения невротических расстройств. Однако попыток провести разделение неврозов по социальному признаку он не делает; частью он раньше повторяет названия обособленных групп (профессиональные неврозы, неврозы подражания, в связи с несчастными случаями), частью выдвигает новые группы, как например неврозы нужды. Считая возможным только самое общее разделение, он в согласии с Гельпахом говорит о двух группах: 1) примитивные, невротические состояния с эментивными течениями в судорогах, автоматизмом и грубыми истерическими расстройствами и 2) более сложные формы—дифференцированные состояния страха и навязчивости с особым богатством содержания в отдельных случаях. Разработка вопроса классификации неврозов является несомненно очередной задачей психиатрии. Из большого количества описываемых вообще картин неврозов мы приведем только наиболее важные и часто встречающиеся.

Неврастения

Самое существенное в неврастеническом симптомокомплексе это—раздражительная слабость, повышенная возбудимость и утомляемость, сопровождаемые понижением общего самочувствия и рядом неприятных ощущений во всем теле. Последние особенно часто локализуются в голове и выражаются в тяжести, чувстве напряжения и ощущении головокружения без переживания такового в собственном смысле. На фоне общего понижения самочувствия постоянно наблюдаются колебания настроения с приступами тоскливости и большой раздражительностью, которая обнаруживается по каждому незначительному поводу. В связи с общим беспокойством очень постоянное явление—расстройство сна. Понижение самочувствия с различными неприятными ощущениями иногда дает повод к развитию мнительности и опасениям за свое здоровье. В особенности нередко внимание в этом отношении направляется в сторону сексуальных переживаний, чему способствует иногда и повышенная сексуальная возбудимость с частой мастурбацией в анамнезе или даже в *status*; иногда особенно тягостными симптомами оказываются частые поллюции, *ejaculatio praecox* и слабость потенции («сексуальная неврастения»). Все эти явления однако не представляют обязательного явления при неврастении, равно как и склонность к навязчивому удерживанию в сознании каких-либо отдельных слов и мыслей. Кардинальным симптомом нужно вместе с повышением утомляемости считать пониженную продуктивность, особенно высту-

пающую при интеллектуальной работе. Больные жалуются, что им трудно стало работать, что они ничего не могут сообразить, жалуются на большую забывчивость. Хотя понижение интеллектуальной продуктивности может быть констатировано и объективно, все эти расстройства в действительности однако резко отличаются от того, что наблюдается при органических заболеваниях, например церебральном артериосклерозе. Формальные способности интеллекта, как можно доказать экспериментально, не нарушены, и дело сводится главным образом к неспособности сосредоточить в должной мере внимание; если больной сможет сделать над собой необходимое усилие, в особенности если предварительно отдохнет, он может оказаться на высоте. Благоприятное влияние отдыха в особенности подчеркивает очень большую роль переутомления в происхождении болезненного комплекса. Заслуживает внимания, что эта повышенная утомляемость имеет до известной степени избирательный характер; она выступает особенно резко по отношению к работе, связанной с выполнением профессиональных обязанностей, тогда как если больной занят чем-нибудь другим, она сказывается не так сильно. Также очень ясно значение отвлечения внимания и развлечений, которые действуют в общем благоприятно на самочувствие и все состояние; например студент вуза, переутомивший себя во время подготовки к зачетам, получает полное отвращение к учебным занятиям и не может более усвоить ни одной страницы и ■ то же время может читать беллетристику и вообще не специальную литературу, может без особого утомления много заниматься спортом или физическим трудом. Типично для неврастенического симптомокомплекса, что все явления увеличиваются параллельно с тяжестью истощения, причем нарастают в своей интенсивности и неприятные соматические ощущения. Физическое исследование в таких случаях обычно не дает ничего кроме явлений малокровия и истощения; с неврологической стороны также ничего не отмечается кроме некоторого повышения сухожильных рефлексов.

Сущность симптомокомплекса заключается в переутомлении и перенапряжении нервной системы и таким образом имеет чисто физиологические корни. Принято поэтому говорить не о неврастении, а о симптомокомплексе нервного истощения, тем более, что прежнее собирательное понятие неврастении включало в себя и сходную по внешним проявлениям картину врожденной недостаточности, выделяемую теперь в качестве вышеописанной конституциональной нервности. Явления последней могут комбинироваться с симптомами нервного истощения, но все же между ними существенное отличие в том, что в первом случае в основе лежат эндогенные моменты, а во втором речь идет об экзогенной реакции. Бердом было верно схвачено это основное свойство рассматриваемого болезненного расстройства, хотя он и ошибался, думая, что его неврастения является чисто американским растением, выросшим в атмосфере волнующей жизни и напряженной работы Нового Света. Естественно, что неврастенические явления особенно пышно расцветают в атмосфере городов и особенно среди некоторых профессий, связанных с напряжением нервной системы. Имеет значение при этом не только собственно количественная сторона ра-

боты, но и условия, в которых она протекает, в частности отвлечение внимания благодаря шумной обстановке, а также недостаточность и нерегулярность сна и отдыха, плохое питание; имеет значение и нервное напряжение, если работа связана с чувством ответственности или опасностью. При таких условиях к нервному переутомлению может привести не только интеллектуальная, но и физическая работа.

По отношению к нервному истощению оспаривается иногда право на название невроза, поскольку здесь речь идет о состоянии, обусловленном факторами физического порядка; указывают, что это прежде всего общее истощение организма, которое естественно дает и нервные симптомы. Если рассматривать его только с этой стороны, пожалуй такое сомнение закономерно; на наш взгляд однако самое существенное в картинах этого рода — не состояние пониженной трудоспособности и сознание своей недостаточной социальной ценности по отношению к самому себе, сколько сознание своей недостаточной социальной ценности по отношению к товарищам из того же коллектива. Чем интимнее связь со всеми членами коллектива в смысле общности целей и условий работы, тем заметнее должно быть изменение производительной пригодности и тем сильнее невротизирующее действие. Центральным моментом является работа личности по компенсированию обнаружившегося снижения работоспособности, и форма, в которую выльется это стремление к компенсированию, будет зависеть от структуры личности и от особенностей психической травматизации, связанной с изменениями в личности вследствие нервного истощения. Таким образом здесь возможны различные варианты. Вообще приходится считаться с известными особенностями личности, с ее слабостью и недостаточной устойчивостью от рождения. Т. П. Гольдовская и С. И. Гольденберг констатировали, что нервное истощение обычно развивается у лиц астенического типа и в смысле соматического сложения и психического склада. Можно думать, что у людей без таких особенностей, а тем более крепких и выносливых, с правильными установками на труд, при наличии особых условий может быть реакция отхода от работы без картины неврастенического симптомокомплекса, без невротических реакций в собственном смысле. С другой стороны, нервное истощение сравнительно легче может наступить при наличии известного несоответствия между интеллектуальной одаренностью и теми задачами, которые предъявляются личности.

Штертц указывает, что обычно быстро происходящее нервное истощение дает затяжные картины при наличии особых конституциональных моментов или психической травматизации. Это вполне справедливо, причем играет роль и то и другое.

В очень нередких случаях приходится констатировать, что к резкому переутомлению с неизбежной неврастенической реакцией ведет несоответствие между интеллектуальными возможностями работника в смысле общей выносливости и одаренности и тем делом, за которое он берется. Интеллектуальный труд не требует вообще каких-либо исключительных способностей и доступен каждому среднему человеку, но род его и напряженность должны подходить к особенностям психо-физического склада и характеру одаренности работника. В противном случае для последнего неизбежно очень большое напряжение, причем он все-таки может оказаться не на высоте положения; замечая это, он часто старается тянуться изо всех сил, чтобы не отстать от других, и в результате дает тяжелую картину нервного истощения. Здесь имеет значение не абсолютная высота интеллекта, а именно несоответствие с теми задачами, которые ставятся в жизни. Человек, вообще говоря, может быть достаточно одарен, чтобы выполнять соответствующую ему работу, но он может быть не на месте по вышеуказанным причинам. Этот момент относительной недостаточности может играть ■ происхождении нервного переутомления вообще большую роль, и не без основания клиника проф. А. И. Ющенко выдвигает «н е в р о з о т н о с и т е л ь н о й н е д о с т а т о ч н о с т и» как особую форму».

Симптомокомплекс нервного истощения сам по себе представляет реакцию, которая с устранением вызывающих причин может сгладиться без всякого остатка. При большой длительности истощение может дать более

стойкие и не так легко сглаживающиеся картины, а иногда может привести к церебральному артериосклерозу. При распознавании неврастенического симптомокомплекса нужно иметь в виду главным образом отграничение от тех случаев, когда тождественные по своему характеру явления представляют не только реакцию на истощение, а сигнальные симптомы наступающих тяжелых заболеваний, другими словами, то, что может быть названо предпаралитической или прешизофренической неврастенией. При них, равно как и при начальных стадиях церебрального артериосклероза, всегда можно найти более серьезные расстройства, не укладывающиеся в рамки истощения интеллектуальной деградации. Отдых и укрепляющее лечение в этих случаях хотя и приносят известный эффект, но всегда временный и сравнительно ничтожный. Для диагноза комплекса нервного истощения имеет значение также наличие определенных истощающих моментов, вполне объясняющих развитие болезненных явлений. Характер терапевтического подхода, как ясно из сказанного, сводится к длительному прекращению работы и укреплению лечению, которое иногда желательно провести в покойной деревенской обстановке; полезно пребывание в санатории, в доме отдыха; курортного лечения собственно не требуется, хотя молодым, крепким субъектам могут принести большую пользу морские купания. Из лекарств полезны мышьяк, железо, фосфор, стрихнин. Возвращению к прежней деятельности в профилактическом отношении должно предшествовать урегулирование продолжительности и условий работы с устранением всего вредного и прежде всего с избавлением от непомерной нагрузки; иногда бывает необходима перемена профессии на более легкую ■ более соответствующую силам и способностям пациента, иногда этим показаниям удовлетворяет переход на физическую работу.

Невроз страха характеризуется наличием более или менее постоянного тревожного ожидания, беспричинного беспокойства, иногда ничем немотивированных страхов заболеть, потерять работоспособность, быть жертвой какого-нибудь несчастного случая, например быть убитым грозой; вместе с тем наблюдаются общая раздражительность с гиперестезией слуха, бессонница, головокружения, приливы крови к лицу и голове, чувство сжатия в области сердца, тошнота и кишечные расстройства, а также боли в различных частях тела. На этом фоне время от времени развиваются острые состояния в виде приступов, представляющих резкое усиление всего того, что сейчас перечислено. Чувство страха во время приступа становится особенно интенсивным, появляется боязнь, что вот сейчас случится удар, остановится сердце, разовьется душевное расстройство или прямо наступит смерть, иногда при этом может случиться и обморочное состояние. В более легких случаях больной ощущает только неуверенность, неспособность справиться с мыслями. Очень часто переживание страха сопровождается особенными ощущениями в области сердца. Вследствие боязни внезапной смерти на улице больные нередко не решаются выходить из дому. Особенно часто приступы страха развиваются как раз перед тем, как больному предстоит какое-нибудь ответственное выступление на каком-либо заседании, зачет—у вузовца, у артиста—выход на эстраду. Перечисленные явления, как будто тождественные по своей клинической характеристике, имеют не вполне одинаковый генез; иногда они развиваются на фоне конституциональных изменений настроения, в особенности типа конституциональной депрессии, иногда фоном для них является препсихотическое состояние какого-ни-

будь психоза, например шизофрении или из группы пресенильных, иногда на них нужно смотреть как на истерические реакции. В некоторых случаях такие состояния можно наблюдать в детском возрасте, иногда они развиваются в связи с недостаточной деятельностью сосудисто-сердечной системы, наконец в генезе их большую роль играют непорядки сексуального характера; психоаналитики, чрезмерно преувеличивая роль сексуальных переживаний, думают, что это имеет место всегда.

По мнению Фрейда генез невроза страха нужно связывать с чрезмерным, не находящим себе удовлетворения сексуальным напряжением. Поэтому страх обычно развивается вслед за прекращением по каким-либо причинам привычного сексуального удовлетворения. Аналогичные условия создаются иногда при наступлении инволюционного периода, когда имеется несоответствие между активным еще сексуальным влечением и возможностью его удовлетворения при наличии импотенции. Очень частыми причинами болезненного состояния этого рода являются *coitus interruptus*, практикуемый из боязни беременности, *ejaculatio praecox* и импотенция у мужа. В зависимости от основного фона неодинакова и стойкость явлений невроза страха. При лечении необходимо прежде всего обратить внимание на устранение причинных моментов; очень много можно сделать психотерапией, в частности иногда полезен гипноз. При наличии сексуального напряжения, не находящего себе выхода, необходимо наладить половую жизнь так, чтобы она давала полное удовлетворение. Если самая жизненная ситуация исключает легкое разрешение вопроса, то нужно помнить, что менее неблагоприятным нужно считать полный отказ от половой жизни, чем суррогаты ее, дающие только возбуждение без удовлетворения. Большое значение имеет устранение из образа жизни ■ из диеты всего того, что может способствовать половому возбуждению.

Невроз ожидания

При этой форме невротической реакции главным расстройством является боязливое ожидание, что окажется невозможным выполнить какую-нибудь определенную функцию. Больные приходят с жалобами не на страх вообще, а на то, что они не могут выполнить таких простых актов, как чтение, письмо, глотание, игра на музыкальном инструменте, тогда как раньше при выполнении их не испытывали никаких затруднений. Сущность расстройства, которому Крепелин дал название «невроз ожидания», заключается в том, что вследствие напряжения внимания и зафиксирования его на выполнении какой-нибудь функции она не может выполняться с тем автоматизмом, который обеспечивает ее легкость. При попытках выполнить тот акт, на который обращено боязливое ожидание, наблюдается много излишних содружественных движений. Многие случаи заикания являются типическими реакциями, свойственными неврозу ожидания. Расстройство может оказаться очень мучительным и упорным, в особенности если просматривают его психические корни и оно трактуется как соматическое заболевание. В эту группу нужно внести и психический комплекс расстройства движений, описанный Мебиусом под именем *akinesia algera*. При лечении главным образом нужно стремиться к тому, чтобы путем соответствующего внушения, в частности гипноза, ослабить напряжение, добиться спокойного отношения к расстройствам функции и сделать ее автоматичной.

Истерия

Едва ли по какому-либо другому вопросу существует такая огромная литература, как по истерии. Нельзя сказать все-таки, чтобы в учении о ней все было приведено в полную ясность, хотя некоторые основные положения установлены с достаточной определенностью. Самое существенное это то, что прежние понятие истерии под-

верглось расчленению, и теперь с этим названием соединяют представление о довольно различных группах клинических признаков, наблюдаемых притом далеко не всегда в полном виде у одного и того же субъекта. Ввиду того, что нет истерии как какой-то особой единой болезни в смысле Шарко, нет возможности и дать ее описание в том порядке, как это возможно по отношению к другим более очерченным клиническим картинам, и приходится ограничиться характеристикой отдельных относящихся к этой области групп явлений, с попыткой обрисовать комплексы симптомов, наиболее типичные и чаще всего встречающиеся в клинике.

То, что прежде считалось главным и определяющим в картине истерии, — судорожные припадки, обмороки, *globus hystericus*, параличи и анестезии, невозможность стоять и ходить при отсутствии паралича конечностей, движения которых достаточно сильны, когда больной лежит (астазия, абазия), вазомоторные расстройства — и сейчас исследуется с полным вниманием, но расценивается как особые формы реакции на психическое переживание, а не в качестве кардинальных признаков какой-то особой болезни. Эти клинические явления однако представляют интерес и с этой стороны, знакомство с ними и с их особенностями имеет большое значение. Вот что дает наблюдение над больными этого рода на отдельных примерах.

1. С молодой девушкой, домработницей, недавно приехавшей из деревни, после ссоры с хозяйкой начали делаться припадки. Будучи приведена в амбулаторию, она начала громко плакать, рыдать, причем плач перемешивался с таким же судорожным смехом; потом она упала и стала биться в судорогах, каталась по полу; хотя на вопросы она не отвечала, все же можно было установить, что у нее нет глубокого затемнения сознания: она вздрагивает при уколе кожи булавкой, оказывает сопротивление при попытках исследовать состояние ее зрачков, которые при этом оказываются хорошо реагирующими на свет; сохранена также корнеальная реакция; то же время не наблюдается выпускания мочи и фекальных масс, прикусывания языка и пены изо рта, столь типичных признаков для припадка падучей болезни, свидетельствующих о глубоком помрачении сознания. При этом обращает на себя внимание, что никакие угрозы и попытки успокоить больную не приводят к желаемой цели и даже дают как будто ухудшение в смысле усиления криков, плача и судорог; можно констатировать также, что пока больная была в общей приемной и кругом было много народу, причем поднялся вообще большой переполох, припадочное состояние продолжалось без изменения, когда же больная была уведена в отдельную комнату и предоставлена самой себе, она сравнительно быстро успокоилась и пришла в себя. После припадка больная не представляла той тяжелой картины истощения, а также сна, которая свойственна больным падучей. Через некоторое время такой же припадок повторился снова, и также после волнения. При исследовании больная оказывается вообще нервной, возбудимой, настроение ее колеблется, она часто плачет, чувствует сжатие в горле. Кроме судорожных припадков у нее наблюдаются обморочные состояния, также в связи с волнениями. Один раз после припадка больная несколько часов

не могла говорить, хотя все понимала, она объяснялась знаками и обнаруживала вообще картину мутпзма. Все заболевание развилось после ряда тяжелых переживаний на фоне некоторой неустойчивости.

2. У девочки 14 лет вместе с общей нервностью, приступами плача наблюдался неполный паралич правой руки, который развился при следующих обстоятельствах. Мальчики такого же возраста, ее товарищи по школе, увлекли ее в пустой класс и сделали попытку coitus с ней. Парализованной оказалась как раз та рука, за которую ее тащили; явления пареза комбинировались с подергиваниями; и те и другие сравнительно быстро прошли после общего успокаивающего лечения и применения статического электричества.

3. У девушки 17 лет, в течение некоторого времени обнаруживавшей колебания настроения с приступами плача и испытывавшей ощущение подкатывания клубка к горлу, после разрыва с женихом развилось особое состояние затемнения сознания; не узнавая никого из окружающих и не отвечая на вопросы, она галлюцинировала, видела себя в обществе покинутого любимого человека, говорила с ним, называла различными ласковыми именами. Такое состояние продолжалось несколько часов и разрешилось судорожным плачем, после которого пришла в себя.

4. Инвалид, 30 лет, пришел в припадочное состояние после спора с другим больным на политическую тему. По всему его поведению и выкрикиваемым словам команды видно, что он переживает сцену боя. Он присматривается к белым, показавшимся вдали, восклицает: «Они гарцуют!» Вдруг поднимает руку и делает такие движения, точно стреляет из револьвера, при этом он отдает приказания своим воображаемым товарищам. Контакт со всем окружающим полностью нарушен. Из истории болезни видно, что припадки с командованием у него впервые появились на фронте после контузии при разрыве снаряда, причем он на несколько часов потерял сознание. В межприпадочном состоянии наблюдается повышенная раздражительность, головные боли, головокружение, жалобы на различные неприятные ощущения. Вследствие хронического состояния болезни переведен на инвалидность.

5. Лакировщик, 36 лет, доставлен в спутанном состоянии со следующими сведениями. Женат. У отца наблюдался алкоголизм, и сам больной порядочно пил, причем в пьяном виде часто бил жену. Арестован за кражу и вскоре после того стал обнаруживать явления душевного расстройства. Имеет бледный истощенный вид, взгляд рассеянный, боязливый, не обнаруживает никакого негативизма. Сознание заметно спутанно. На предлагаемые вопросы, ■ том числе самые простые, большей частью отвечает неправильно, причем из ответов видно все-таки, что смысл вопросов усваивается верно. Обращает на себя внимание поразительное незнание больным самых простых вещей. Обо всем этом можно судить по следующим данным:

Вопросы
Сколько вам лет?
Какое сегодня число?
Сколько у вас пальцев?
Сосчитайте ваши пальцы.

Ответы
25 да 25.
Не знаю.
Пальцев? 14.
Рассматривает пальцы и считает: 1,
3, 4, 5, 10, 12, 14, 16,—да всего 14.

Считайте: один, два, три и т. д.
Сколько ног у лошади?
У коровы?
Каких вы еще знаете животных?
Сколько у него ног?
Сколько голов у лошади?
Сколько хвостов?
Глаз?
Сколько ног у рыбы?
Сколько глаз у рыбы?
Есть чешуя у рыбы?

1, 3, 4, 14, 17, 19, 21.
4.
4.
Слона.
3.
Масса.
2.
3.
Нисколько.
Также нисколько.
Не знаю.

Больной неправильно называет показываемые ему монеты, не может сказать, из чего они сделаны. В течение ближайших 13 дней больной постепенно пришел в себя, но плохо помнил время пребывания в арестном доме ¹.

Приведенные примеры не дают полного представления о всем разнообразии форм истерических явлений, но и на основании их можно сделать определенные выводы относительно их структуры. Прежде всего обращает на себя внимание зависимость их от психических переживаний; они возникают в непосредственной связи с ними, причем эта связь не ограничивается только временем. Схематически можно себе представить дело так, что личность хочет уйти от тягостного положения, причем развившееся болезненное состояние является средством защиты. Психические реакции по своей конструкции при этом не являются выражением планомерной сознательной деятельности, а представляют результат включения таких церебральных аппаратов, функционирование которых у вполне развившейся личности подавлено, по крайней мере в нормальном состоянии. В патологии установлено, что тяжелое аффективное состояние может привести к своего рода расслоению психики с освобождением примитивных автоматических механизмов, играющих большую роль у человека на известных стадиях развития психической жизни, у животных — действующих всю жизнь. Кречмер, который много сделал для выяснения биологического значения истерических реакций, указал, что у некоторых животных, попавших в опасное положение, развиваются особые реактивные состояния, дающие возможность иногда уйти от опасности, именно двигательная буря и рефлекс мнимой смерти. В первом случае, как бывает со шмелем, залетевшим в комнату через форточку, насекомое бросается из стороны в сторону, пока случайно не попадет, куда нужно; во втором оно, как бывает с жуком, взятым в руки, делается совсем неподвижным, точно мертвым, пока не будет выброшено, после чего через некоторое время начинает подавать признаки жизни. Судорожный припадок представляет своего рода двигательную бурю, обморок — рефлекс мнимой смерти. Они не всегда приводят к своей естественной цели — спасения от тягостного положения — и не могут вообще считаться целесообразными реакциями, так как имеют дело не с корковыми психическими аппаратами, а с более первобытными механизмами, когда-то бывшими при известных условиях вполне

¹ Наблюдение немецкого психиатра Ганзера, впервые описавшего такие состояния сознания при истерии.

целесообразными, но ставшими ненужными и обычно глубоко скрытыми. Нужно однако заметить, что это возвращение к более ранним периодам жизни не во всех истерических явлениях идет одинаково глубоко; оно полнее всего в приведенных примерах судорожного припадка и обморочного состояния, когда явления приближаются к схеме простого безусловного рефлекса, оправдывая то общее положение физиологии, что, когда выключается высшая инстанция, приобретает самостоятельность низшая ближайшая инстанция, действующая по собственным примитивным законам. Если взять вышеописанные сумеречные состояния, то здесь ясно, что имеется тенденция уйти от сложившейся неблагоприятной ситуации, налицо тенденция к возврату к прошлому, но последний не идет так глубоко. В случае девушки, оставленной своим женихом, затемнение сознания рисует ей картины совсем недавнего прошлого; у лакировщика можно видеть тенденцию к возвращению в тот период развития, когда естественны были нелепые ответы и незнание простых вещей. Так можно думать тем более, что иногда при наличии судебного дела или аналогичной тягостной ситуации возможно развитие психического инфантилизма с детской манерой себя вести и говорить детским языком. Тенденцией к уходу от гнетущей действительности и к возврату в прошлое с появлением на свет архаических защитных механизмов не исчерпывается однако то основное, что можно видеть в истерических реакциях. Как видно из приведенных примеров, более или менее постоянно можно констатировать тенденцию истерических реакций зафиксироваться, повторяться ■ сделаться привычными. Это стоит в связи отчасти с твердо установленным свойством условных рефлексов делаться все более прочными по мере их повторения, а главное—здесь сказывается еще одно кардинальное свойство истерических реакций, заставляющее говорить об ослаблении воли к здоровью, об уходе в болезнь от неприемлемой ситуации и об использовании для своих целей своих болезненных реакций. Нельзя не верить больным этого рода, когда они заявляют, что искренно хотят выздоровления, но все попытки способствовать последнему наталкиваются на какое-то внутреннее сопротивление. Это потому, что у них нет гармонии между целевой сознательной волей и тем, что Кречмер называет гипобуликой, представляющей тот волевой компонент, который связан с глубинной личностью, с жизнью инстинктов и более низко стоящих стремлений. У больных с истерическими реакциями имеет место разобщение гипобулической воли от целевой. По образному выражению Кречмера первая по отношению ко второй представляет мрачный двойник, который толкает за собой своего тщедушного и бледного брата; во всех мелочах он как будто предоставляет ему первенство и полную свободу, но при каждом важном решении он отталкивает и занимает его место. Роль этой гипобулики, тесно связанной с рефлексорными аппаратами, оказывается преобладающей при выявлении истерических реакций, например во время припадка; на нее, как мы видели, нельзя воздействовать убеждением или разумными доводами, зато могут оказаться действительны громкая команда, боль, вызываемая например надавливанием на яичники, вообще элементарные психические раздражения. В истерических реакциях далее выступает еще

одно
не то
гостн
ния т
ее по
ступа
было
событ
красн
и т. д
бывае
фикс
вания
реак
явлен
у нее
такой
зульт
котор
только
лочку
реак
карти
тем, ч
высту
мом р
ф и к
болез
быть
отдел
свое в
чувств
ния и
соглас
ситуа
изжит
в слез
нанос
ванна
актах
разря
тов, ■
было
Из
рическ
ханизм
лико,
рожде
ослож
случае
в само

одно очень важное свойство, это—связь с психической травмой не только в генетическом отношении, но и патопластическом. Тягостное переживание не только является толчком для возникновения той или другой истерической реакции, но и дает материал для ее построения. Почти во всех приведенных примерах эта черта выступает с полной определенностью: парализуется та рука, на которую было обращено особенное внимание во время травмирующего события, девушке видится оставивший ее любимый человек, бывший красноармеец снова переживает волнующую боевую обстановку и т. д. При этом ближайшие механизмы этой патопластики не всегда бывают одинаковы. В простейших случаях внимание больного зафиксировывается на отдельной части травмирующего переживания, и этим определяются главные компоненты в содержании реакции. Одна наша пациентка вместе с другими истерическими проявлениями страдала постоянным страхом смерти, который развился у нее после операции вырезания гланд; последняя сопровождалась такой большой потерей крови, что была опасность для жизни; ■ результате этого ■ центре истерической реакции встал страх смерти, который был вполне естественен в свое время, но после представлял только форму выражения невротических явлений, так сказать оболочку невроза. Особенно ясны отношения при развитии истерических реакций у детей, у которых они от более сложных и полиморфных картин у взрослых отличаются своей моносимптоматичностью, т. е. тем, что выражены обычно одним каким-нибудь симптомом, но зато выступающим в особенно выпуклой форме. В соответствии с механизмом развития имеются основания выделять эти случаи под именем **фиксационной истерии**, конечно не ■ смысле особой болезни, а формы реакции. К той же фиксационной истерии могут быть отнесены те нередкие случаи, когда особую роль приобретают отдельные навязчивые мысли, зафиксировавшиеся потому, что в свое время они были связаны с переживанием, окрашенным сильным чувственным тоном. В других случаях роль аффективного переживания иная. Как более подробно будет сказано в главе о психоанализе, согласно взглядам Фрейда при наличии тягостной неприемлемой ситуации, если связанные с ней эмоции не могут почему-либо быть изжиты,отреагированы по своему естественному руслу, например в слезах и утешениях со стороны близких, в достойном ответе на наносимую обиду и вообще в адекватных действиях,—неотреагированная энергия, не находя выхода в соответствующих двигательных актах, характеризующих деятельность корковых механизмов, дает разряды с включением более элементарных рефлекторных аппаратов, в результате чего появляются параличи, судороги, т. е. то, что было у нашей девочки с параличом в руке во втором примере.

Из приведенных данных видно, как разнообразны могут быть истерические реакции как по своим внешним проявлениям, так и по механизмам развития. В действительности разнообразие еще более велико, так как характер реакции неодинаков в зависимости от врожденных особенностей личности, от пола и возраста, от случайных осложнений и от влияния окружающей среды. Невротик в данном случае пользуется готовыми формами выражения, или заложенными в самой нервной системе в качестве архаических и не употребляемых



Рис. 112. Фаза большого истерического припадка.
Тонические и клонические судороги.

побулику. Недаром Шарко называл истерию *grande simulatrice*, имея в виду способность больных этого рода подражать пациентам, которых они видят вокруг, беря от них готовые формы проявлений для своих невротических построений. Естественно при этом, что благодаря внушаемости и самовнушаемости иногда в результате неосторожного вопроса и замечания врача или вследствие зафиксирования его внимания на одном каком-нибудь явлении при исследовании могут развиваться и новые симптомы. При такой созвучности психики истеричных влияниям, идущим из окружающего, естественно, что форма невротических реакций у них постоянно меняется ■ зависимости от окружающей среды и от времени. Если можно считать установленным, что формы психозов эволюционируют в зависимости от эпохи, то особенно это относится к истерии. Понятно также, что каждому народу свойственен до известной степени свой тип истерических реакций. В настоящее время почти не встречаются те, ставшие классическими благодаря описаниям Шарко формы истерических припадков, которые характеризовались своей пластичностью, склонностью принимать особые позы, соответствующие галлюцинаторным переживаниям.

Шарко как об особых фазах в развитии истерического припадка говорил о тонических и клонических судорогах, о выгибании в виде дуги, клоунизме, страстных позах (рис. 112—115). С другой стороны, у наших нацменьшинств в Сибири или на далеком севере, как было выяснено А. А. Токарским и С. И. Мицкевичем, истерические реакции могут принять крайне примитивную форму так называемого *мерячения*, когда выпадает совсем сознательная деятельность коры, и субъект, одержимый таким болезненным состоянием, иногда целая толпа, проделывает разные движения или выкрикивает бессмысленные слова, подражая тому, что видит и слышит вокруг, часто например вместо того, чтобы отвечать на вопрос, повторяет его по многу раз в виде крика. Повышенная внушаемость истеричных, о которой сейчас идет речь, является ближайшей причиной того, что именно у них возможно индуцирование и развитие истерических эпидемий, о чем речь будет в главе о реактивных состояниях.

Сравнение и сопоставление между собой большого количества

в обычном состоянии механизмов, как то бывает при обмороке или припадке, или берет эти формы извне, подражая тому, что видит кругом. При слабо развитой целевой воле и при малой доступности убеждениям и доводам рассудка истерик очень внушаем, если внушения толкают навстречу влечениям, характеризующим его ги-



Рис. 113. Клоунизм.

случаев с истерическими реакциями заставляют прийти к выводу о существовании определенных корреляций болезненных проявлений с особенностями личности.

Естественно, что истерические реакции, в особенности судорожные припадки, как примитивная форма защитных механизмов особенно свойственна примитивным личностям со смесью наивного, забавного и трагического, которые ■ известном смысле всегда остаются большими детьми; нередко отмечается и ограниченность интеллекта, но характерна не столько эта дебильность, сколько указанные качественные особенности психики. Этому соответствует часто и особый инфантильный тип соматического строения, нередко с недоразвитой сексуальной сферой, с поздним появлением признаков полового созревания и слабостью влечений. Так как ■ этом периоде к личности предъявляется вообще гораздо больше требований именно потому, что она, созревая, вступает в многообразные социальные отношения, то ее известная недостаточность способствует частому возникновению травмирующих конфликтов и различных тяжелых ситуаций; последние часто создаются и вследствие недостаточной зрелости ■ половом отношении. Все это делает понятным частое появление истерических реакций в возрасте полового созревания, что и дало повод Крепелину выделять особую историю развития (*Entwickelungshysterie*). При дальнейшем созревании личности и укреплении физической организации эта склонность к истерическим реакциям может совершенно исчезнуть. Менее часты случаи, когда та же склонность к истерическим реакциям впервые возникает или по крайней мере усиливается в возрасте обратного развития и также вследствие относительной недостаточности личности, но в результате не ее недоразвития, а начинающегося свойственного пресениуму упадка (и нволюционная истерия). Можно считать вообще, что склонность к истерическим реакциям свойственна преимущественно личности в известном смысле неполноценной, будет ли то зависеть от врожденных или приобретенных изменений. Естественно поэтому, что они особенно часто развиваются на фоне той или другой психопатии, в особенности у неустойчивых психопатов. Понятно также, что они — нередкое явление у шизоидных психопатов, и большинство случаев так называемых у дегенеративных истерий старых психиатров относится именно сюда. Неудивительно также, что очень часто в таких случаях в конце концов развивается шизофренический процесс. В практике каждого психиатра немало найдется таких случаев, когда в течение нескольких лет больная лечится в санаториях и других лечебных учреждениях от истерических явлений, а потом постепенно, но все более ясно из невротической оболочки выступает шизофреническая сущность, и оказывается необходимым помещение в психиатрическую больницу. Нужно думать, что в этом случае зависящая от наме-

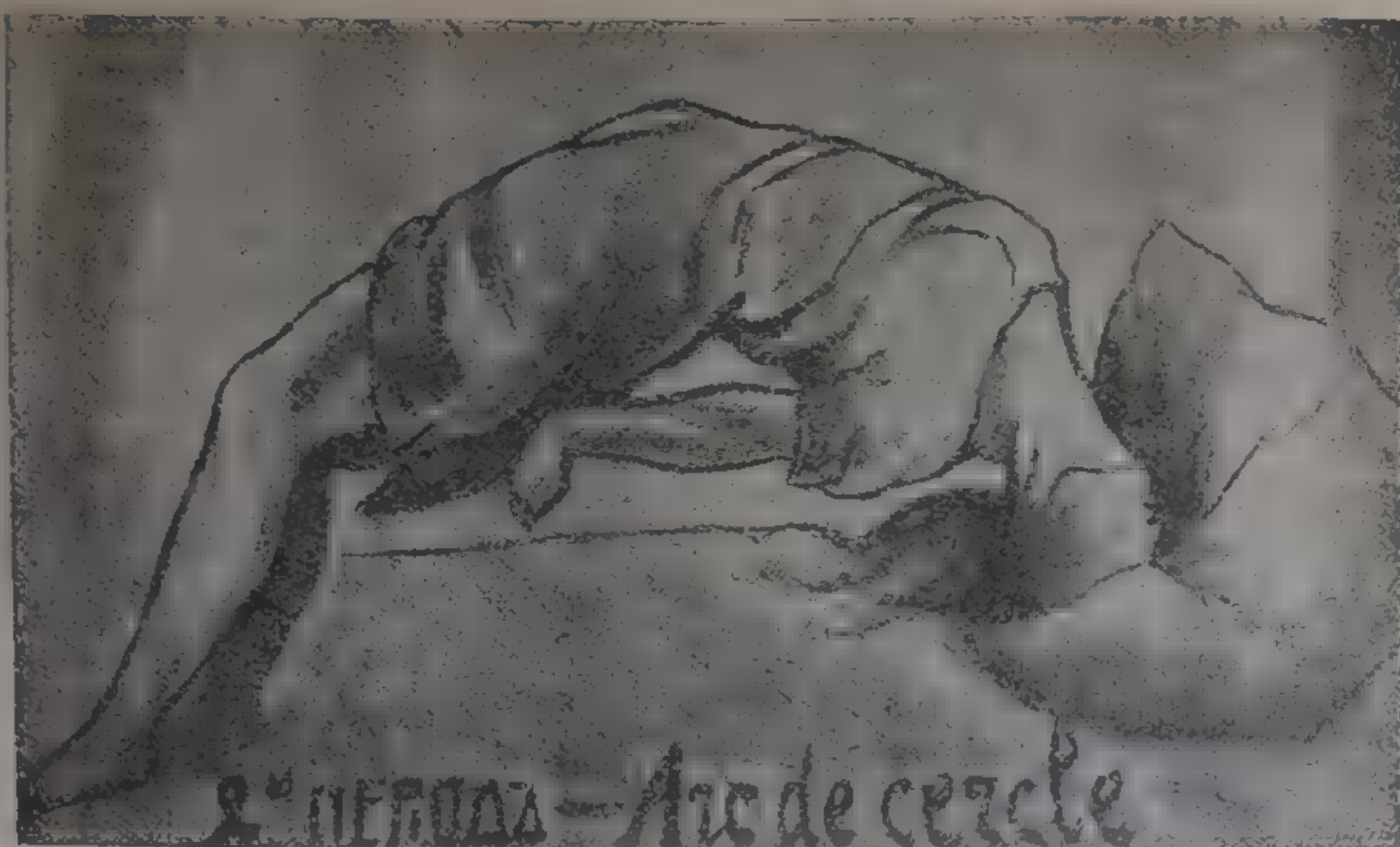


Рис. 114. Истерическая дуга.

чающегося шизофренического процесса недостаточность мозга создает почву, благоприятную для истерических реакций. То же самое и по тем же причинам может наблюдаться и при церебральном артериосклерозе и даже прогрессивном параличе помешанных. Не нужно думать конечно, что в этих случаях истерические реакции являются прямым последствием органического процесса; они развиваются по тем же механизмам, что и истерические реакции вообще; роль органического заболевания сводится только к повышению физической готовности мозга для такого рода реакций. Крайне важно, что появление истерических припадков может знаменовать начало органического процесса тогда, когда все признаки его очень неясны. Так, неоднократно они наблюдались в инициальных стадиях рассеянного склероза. В. К. Рот наблюдал при артериосклерозе развитие нервных явлений, представляющих как будто истерическую структуру, но в дальнейшем оказавшихся имеющими органическую подкладку. Такую же роль могут играть инфекции и интоксикации. На одной калошной фабрике в Москве в связи с массовым отравлением бензином, имевшим место благодаря внезапной порче вентиляции, наблюдались истерические припадки у большого количества, преимущественно очень молодых, работниц; ближайшее знакомство выяснило, что играли роль и обычные психические моменты, в частности взаимная индукция; у многих припадки или вообще истерические реакции наблюдались и раньше. Еще чаще приходится считаться с ролью опьянения, и можно говорить об особой алкогольной истерии—характерных для болезненного состояния этого рода невротических реакций со стремлением к агравации и к театральности в поведении. В некоторых случаях истерические реакции наблюдаются на фоне своеобразных особенностей личности, известных под именем истерического характера и описанных нами в главе о психопатических личностях.

Если не всегда истерические реакции развиваются у лиц с истерическим характером, то еще реже бывает, что последний наблюдается в сочетании с истерическими припадками, большей частью представляя нечто совершенно самостоятельное. Связь истерических припадков с характером, называемым тем же именем, во всяком случае гораздо более слабая, чем то можно констатировать по отношению к припадкам характеру при эпилепсии.

Не следует однако думать, что какое-либо особое психопатическое предрасположение, врожденная или приобретенная неполноценность мозга представляет *conditio sine qua non* для развития истерических реакций. Еще Хоше, в 1902 г. давший первый толчок для развития учения, что истерия не болезнь *sui generis*, а особая форма реакции, указал, что при достаточно сильном аффективном переживании каждый человек может дать истерические реакции, способен к истерии (*Hysteri-fähig*). Об этом в особенности говорит возможность массового распространения истерических явлений с участием большого количества лиц, не обнаруживавших вообще ника-

ких явлений нервноности. Во время войны с германцами в частях русской армии, попадавших в тяжелое положение, всегда было очень большое количество нервных заболеваний, в частности истерического характера. А. К. Ленц, обследовавший уцелевших из одного полка, попавшего под перекрестный огонь, больше чем в половине случаев констатировал globus, отсутствие глоточного рефлекса, анестезию и другие истерические явления. Едва ли нужно говорить, что у громадного большинства в этом случае не было какого-нибудь врожденного предрасположения и что все дело в экзогении.

Изложенные данные о генезе истерических явлений не оставляют сомнения в том, что не может быть единой картины истерии, что течение ее определяется большим количеством прирожденных и приобретенных моментов и в особенности постоянно меняющимися экзогенными влияниями и потому должно быть таким, каким оно и является, именно протеобразным. Можно говорить только о наиболее часто встречающихся типах проявления, какими можно считать и истерию развития, климактерическую истерию, истерию у старых дев, отчасти—алкогольную истерию.

Особый тип представляли деревенские кликуши. Народное суеверие считало их одержимыми дьяволом; они бьются в припадках, выкрикивая различные слова, и будто бы это главным образом происходит во время наиболее торжественных моментов церковной службы; если где-нибудь, например в церкви, соберется несколько кликуш, припадок у одной вызывает такие же явления и у других.

Всем психиатрам известны далее многочисленные и повторяющиеся друг друга почти с фотографической точностью случаи истерии, преимущественно у молодых девушек или женщин, отличающихся своей стеничностью. Во всех приведенных выше случаях истерические реакции, являясь средством защиты, свидетельствуют в то же время о наличии слабости, прибегающей к припадкам, как к средству обороны. Но отличие от этих, так сказать, дефензивных типов можно выделить другой—стенический, агрессивный, в котором истерические реакции увязываются с психопатическим складом, характеризующимся своей активностью, стремлением к признанию ценности своей личности. Подобные больные обнаруживают притязания на господство над другими, не уклоняются от активной борьбы, в атмосфере которой чувствуют себя как дома, и пускают в ход истерические реакции как орудие для того, чтобы быть хозяином положения. Несмотря на достаточную, иногда и хорошую одаренность чрезмерность притязаний однако часто ведет к неудачам, срывам, с истерическими реакциями в результате. Больные требуют к себе большого внимания, умело используют свое болезненное состояние для того, чтобы добиться для себя выгоды и преимуществ; они очень любят лечиться, часто меняя врачей и учреждения, склонны добиваться помещения на курорты и в санатории, не стремясь по существу к выздоровлению. Находясь в лечебном учреждении, стремятся быть в центре внимания; они очень склонны к аграрии, не прочь и симулировать, например кровавую рвоту, часто пугают медперсонал бутафорными попытками на самоубийство, дают взрывы бурного возбуждения, обычно кончающиеся судорожным припадком. По скольку стержневыми в описываемой клинической картине нужно считать элементы психопатии, течение здесь длительное и в общем стационарное; больные переходят из одного учреждения в другое, изводя врачей и персонал, выписываясь иногда с тем, чтобы опять после какого-либо скандала, устроенного больным в защиту своих прав, быть интернированным в психиатрическую больницу. К такому агрессивному типу относятся и многие случаи контузионного невроза.

Поскольку весь уклад жизни определяется обычно работой, [своей] ственной той или другой профессии, различные эмоциональные переживания, связанные со какими-нибудь несчастными случаями на работе, ведут иногда к картинам невроза со своеобразной структурой, хотя и относятся несомненно к истерии. Таковы травматический невроз мирного времени, или невроз ■ связи с несчастными случаями, и военный, или конту-



Рис. 115. Фаза большого истерического припадка. Страстные позы.

з и о н н ы й, н е в р о з. В первом случае исходным пунктом является крушение поезда, взрыв на фабрике или что-нибудь аналогичное, причем работник получает ушиб, сотрясение и обычно теряет на некоторое время сознание, хотя не получает серьезных повреждений. По возвращении сознания он чувствует боли и различные неприятные ощущения, вполне естественные в его положении. Затем все явления уменьшаются, и дело идет как будто на поправку, но выздоровления не наступает, и развивается стационарное состояние с дурным самочувствием, жалобами на головную боль и головокружение, бессонницу, навязчивые страхи не поправиться, остаться инвалидом. Основным здесь, как и в других случаях невротических состояний, является выяснившаяся социальная несостоятельность пациента и сознание этой несостоятельности. Ослабление интеллектуальной работоспособности можно констатировать и объективно, например по методу решения арифметических задач Крепелина. Неврологическое исследование обнаруживает обычные спутники истерических состояний: сужение поля зрения, отсутствие глоточного рефлекса, гемиянестезию или другие виды расстройств чувствительности. Судорожных припадков обыкновенно в этих случаях не наблюдается. Естественно, что возникает вопрос об инвалидности, о категории ее и размерах социального обеспечения. Вопрос о социальном обеспечении становится в дальнейшем центральным в психологии больного, так что иногда самое состояние здоровья делается чем-то несущественным. Больной активно борется за возможно большие размеры обеспечения, протестует, находя назначенную ему группу недостаточной, и может сделаться настоящим кверулянтом. Получение социального обеспечения в свою очередь не дви-

таст ни на шаг вперед дела выздоровления. В этом нет ничего удивительного, потому что гипобулика больного не может дать санкции на успех сознательной воли в стремлении к выздоровлению, связанному с лишением обеспечения. Так как здесь дело решает не разум, а именно более инстинктивная гипобулика, то не оказывает действия соображение, что в случае выздоровления больной мог бы заработать больше получаемого им по инвалидности и жил бы более полной жизнью.

Аналогичную картину представляет военный, или контузионный, невроз. Травматизирующими переживаниями здесь являются оглушение при взрыве снаряда, засыпание землей, контузии осколками или так называемая воздушная контузия. И здесь органические повреждения не играют роли, или участие их во всяком случае ничтожно. Конечно при контузии могут быть и более тяжелые картины повреждения мозгового вещества, но в этих случаях как раз явления невроза не развиваются, как и при тяжелых ранениях. Непосредственно после контузии бывает более или менее продолжительная потеря сознания, а после того как контуженный придет в себя, развивается приблизительно та же картина, что при травматическом неврозе мирного времени; часто констатируются ослабление слуха или потеря его, отчасти стоящая в связи с местным поражением ушного аппарата, анестезия, в особенности в области волосистой части головы, параличи, трясение всего тела и другие явления истерического порядка. К ним как правило присоединяются и припадки просто судорожные или того типа с командованием, который вкратце был описан в начале главы и который нужно считать особенно характерным в данном случае. Дальнейшее течение крайне разнообразно. В легких случаях припадки прекращаются вместе со сглаживанием всех остаточных явлений, но часто картина невроза как бы зафиксировывается, и выступают вышеописанные явления, связанные с борьбой за социальное обеспечение и за сохранение его. Такое неблагоприятное течение обуславливается, с одной стороны, наличием более или менее выраженной психопатической почвы еще до контузии, а с другой — характером врачебного подхода в связи с тем, как сложится его дальнейшая жизнь. Если удастся более или менее скоро направить ее по здоровому руслу, втянуть в работу, болезненные явления постепенно отходят на задний план. В противном случае получается тот тип «травматиков», который приобрел в послевоенное время общую известность благодаря их многочисленности и в особенности тем беспорядкам и беспокойству, которые вносятся ими в лечебные учреждения и всюду, где они появляются. Роль социальных моментов для конструирования истерических явлений в особенности ясно выступает по отношению к контузионному неврозу. Мы уже обращали внимание, что в американской армии во время последней войны почти не было контузионных невротиков, хотя контузий было столько же, сколько у русских. Это, с одной стороны, объясняется строгим подбором солдат, посылаемых на европейский театр войны, а с другой, лучшими условиями снаряжения, питания и ухода в случае ранения и болезни. Эти условия были причиной того, что в германской и французской армиях меньше было калек и разного рода инвалидов.

Наши царские армии дали громадное количество инвалидов, которое исчислялось миллионами. Среди них было и очень много контузионных невротиков, но нужно иметь в виду, что по существу дело не в контузии, а в переживаниях, связанных с обстановкой боя; такие же явления невроза развивались иногда и без контузии у получивших увечье и ставших инвалидами или даже не получивших никаких телесных повреждений. Эта массовость травматизма внесла новый момент, имевший большое значение для того, как сложилась картина рассматриваемого невроза. Все истерики очень внушаемы, склонны к подражательности, причем эти свойства особенно выступают, если больные собираются вместе. Для военных травматиков при их огромной численности в связи с чувством солидарности между собой естественно было собираться вместе, составляя нечто единое как в лечебных учреждениях, инвалидных домах, так и везде в жизни, влияя друг на друга в смысле взвинчивания, взаимной индукции, предъявления разных требований и устройства скандалов, причем возбуждение и припадок, начавшиеся у одного, вызывали такие же явления и у других. Естественно, что на первых порах трудно было организовать вполне целесообразный подход со стороны административных органов и со стороны здравоохранения к такому массовому и небывалому в истории явлению; неудивительно, что травматиков на некоторое время местами оказывались хозяевами положения, терроризируя медицинский персонал и настолько дезорганизуя работу лечебных учреждений, что иногда становилось необходимым их закрытие. Но постепенно огромная армия травматиков рассасывается, отчасти благодаря естественному вымиранию, а главным образом благодаря установившейся системе втягивания их в трудовой режим и улучшению вообще медицинского дела, с восстановлением порядка в больницах, нарушенного в значительной мере во время империалистической и гражданской войн; имела значение и принятая повсеместно система рассеивания травматиков во избежание взаимной индукции.

Р а с п о з н а в а н и е и с т е р и и, если иметь в виду констатирование истерических реакций в виде припадков, спазмов в горле и так называемых объективных признаков истерии (вышеперечисленные данные неврологического исследования), не представляет обыкновенно затруднений. В частности в типических случаях судорожные припадки при истерии резко отличаются от эпилептических и тем, что они возникают после какого-нибудь взволновавшего переживания, и в особенности всем тем, что говорит против глубокого помрачения сознания: истерик в противоположность эпилептику не падает так сразу и не ушибается; он не прикусывает языка и не наносит себе во время припадка никаких повреждений, не наблюдается пены у рта, недержания мочи и кала, зрачки во время припадка реагируют на свет, не утрачена и способность реагировать на болевые раздражения. Но нужно иметь в виду возможность развития истерических реакций у заведомого эпилептика. Гораздо большую важность и большие диагностические трудности представляет выяснение того, на какой почве развились в изучаемом случае истерические реакции и каков их ближайший генез. Прежде всего необходимо выяснить, представляет ли рассматриваемая картина истерических

явлений реакцию *sui generis* на жизненные переживания у психопатической и неустойчивой личности или это сигнальные симптомы, указывающие на начало какого-нибудь органического заболевания, может быть медленно развивающейся шизофренией. В этом смысле большое значение имеет установление основного факта, все ли исчерпывается явлениями, которые нужно трактовать как истерические реакции, или за ними имеется что-то иное. Полное выяснение диагностической задачи предполагает и выяснение типа истерических реакций, ближайшей связи их с психическими переживаниями, игравшими роль в происхождении заболевания, и точный учет всех моментов социального порядка. Нужно иметь в виду также, что в жизни редко встречаются чистые формы невротических реакций, и гораздо чаще приходится наблюдать комбинированные картины, в которых переплетаются невротические явления разного порядка; очень часто примешиваются симптомы нервного истощения, явления невроза страха; последнее тем более возможно, что различные беспорядки в сексуальной жизни не только являются источником психической травматизации, но и несут с собой сексуальную неудовлетворенность. К этому нужно прибавить, что при анализе отдельных клинических картин обыкновенно оказываются перемешанными явления, относящиеся к различным типам истерических реакций.

Поскольку особенности среды — все социальные установки связываются с выполнением работы, свойственной определенной профессии, на истерических реакциях, наблюдаемых как в чистой форме, так и в комбинации с другими неврозами, очень часто лежит определенный профессиональный отпечаток. Область профессиональных неврозов пока еще мало изучена, но она представляет очень большой интерес и практическую важность, — особенности если из анализа профпатологии сделать и соответствующие профилактические выводы. Пока более изучены особенности, свойственные заболеваниям некоторых групп профессий, связанных преимущественно с умственным трудом. У педагогов очень часты истерические реакции и явления нервного истощения, сравнительно нередко встречается артериосклероз. К невротическим реакциям здесь, как и всегда, ведет не только сама работа, как таковая, но и ее условия, а также иногда малая подготовленность и пригодность к ней. У медперсонала, в особенности работающего в психиатрических больницах, в первое время очень нередко истерические реакции, связанные с волнующим характером работы, сравнительно рано развивается артериосклероз. Частое явление — невротические реакции у стенографисток и телефонисток вследствие необходимости большого напряжения внимания. Последнее свойственно очень многим видам работы на фабричных предприятиях, причем примешивается действие и таких моментов, как грохот машин, поступление в воздух различных ядовитых веществ, иногда очень высокая температура. Обуславливая особенности соматической заболеваемости, та или другая профессия может влиять и на развивающиеся картины невроза, как чистых форм их, так и тех полиморфных невротических реакций, к которым относится большинство случаев.

Что касается истерических психозов, прототипом которых может служить состояние затемнения сознания у девушки,

покинутой своим женихом (третий случай), и состояние затемнения сознания, получившее название ганзеровского синдрома, у лакировщика, арестованного за кражу, то для них характерна тесная связь с переживаниями, игравшими роль психической травмы не только в смысле вызывающей причины, но и как определяющего содержание психоза. Имеет здесь значение наличие определенного невротического фона с склонностью к характерным истерическим явлениям вообще, сравнительно благоприятное течение, в особенности при возможности улучшения жизненной ситуации, и доступность суггестивным воздействиям. Ганзеровский симптомокомплекс может дать повод к смешению с нелепыми ответами на вопросы у шизофреников, но при истерии нет собственно негативизма, и при наличии характерного невротического фона с рядом несомненно истерических симптомов нет ничего такого, что говорило бы о шизофреническом расщеплении, эмоциональном оскудении и интеллектуальном деградировании. Что касается травматического и контузионного неврозов, то здесь помимо типичных истерических симптомов в особенности имеет значение то, что Бонгеффер называет просвечиванием определенного волевого устремления в выявлении своего невроза. Характерны целевые установки на различные блага и преимущества, курортное и санаторное лечение, твердая решимость, особенно у военных невротиков, идти в своих домогательствах до победного конца в полном сознании своих прав и заслуг.

Профилактика и лечение

Поскольку истерические реакции больше, чем какие-нибудь другие болезненные явления, связаны с различными непорядками в общем укладе жизни, работы, материального обеспечения, семьи и брака, являющимися источником для психической травматизации, профилактика в данном случае совпадает с нервно-психической профилактикой вообще. Выполнение стоящих перед ней задач находится в руках не столько психиатров, сколько законодателя и общественного деятеля, но и врач должен стремиться принять в ней долю участия, которая гарантировала бы достаточный учет нервно-психической стороны. Что касается лечения, то оно прежде всего должно заключаться в устранении из жизни пациента всех моментов, действующих травмирующим образом на психику, и в заботах о физическом укреплении. В этом отношении во многих случаях бывает необходимо и зъятие из окружающей обстановки, изоляция от неблагоприятного влияния других больных. Относительно психического лечения изложено основных моментов сделано в особой главе о психотерапии, но считаем нужным и здесь подчеркнуть следующее: в данном случае особенно нужно помнить, что центр тяжести должен лежать не в отдыхе, не в развлечениях, не в различных системах укрепляющего лечения в наиболее приятной для пациента санаторной или курортной обстановке. Продолжительный отдых с ничегонеделанием и развлечениями может только закрепить болезненные явления. Основной принцип рациональной психотерапии — в психических воздействиях, в своего рода перевоспитании, в изменении жизненных установок, в укреплении

и разв
в личн
на задний
симптомы
В особенн
довой пут
всех болез
тем у нег
ного вызд
сумевший
огромную
в основу л
Здесь пол
зависящие
по случаю
мирного в
сообразне
пособия—
симось о

Измене
был втяну
камнем си

Приним
нервной си
ских недоч
щей среды
приходитс
даются ра
тельной м
ском возра
хождении
в виду, что
психозов,
на фоне п
извне, а и
тяжелых
разнообра
ство случ
изменения
и они фиг
То же са
психопати
и зрелом в
явлениях,
своего род

Частота
их очень
проявлени

и развитии наиболее здоровых элементов в личности пациента, дающем возможность оттеснить на задний план и до некоторой степени игнорировать болезненные симптомы, которые, не получая подкрепления, понемногу угасают. В особенности важно добиться того, чтобы больной вступил на трудовой путь полноправного гражданина, не дожидаясь исчезновения всех болезненных явлений, начать работу несмотря на них, ■ между тем у него почти всегда имеется тенденция требовать от врача полного выздоровления как условия для возвращения на работу. Врач, сумевший в этом отношении подойти к больному, может сыграть огромную роль. Те же принципы естественно должны быть положены в основу лечения травматиков как мирного, так и военного времени. Здесь положение врача гораздо труднее, так как замешиваются не зависящие от него моменты—вопросы урегулирования обеспечения по случаю инвалидности. По отношению к травматическому неврозу мирного времени опыт прежнего времени показал, что гораздо целесообразнее назначение не ежемесячной пенсии, а единовременного пособия—система, не ставящая получение вознаграждения ■ зависимость от состояния здоровья.

Изменение жизненной обстановки таким образом, чтобы пациент был втянут в систематический труд, должно быть краеугольным камнем системы лечения и здесь.

Невротические реакции у детей

Принимая во внимание очень большую чувствительность детской нервной системы и обилие моментов как ■ виде различных соматических недочетов, так и в смысле неблагоприятных влияний окружающей среды, могущих давать ту или другую нервную реакцию, не приходится удивляться, что в детском возрасте очень часто наблюдаются различные проявления нервно-психической патологии. Это объясняется в значительной мере и тем, что собственно психозы, как мы видели, в детском возрасте встречаются сравнительно редко, даже и те, в происхождении которых большую роль играет эндогенная. Нужно иметь в виду, что и у взрослых наиболее яркие случаи таковых эндогенных психозов, как шизофрения и циркулярный психоз, развиваются не на фоне полного психического здоровья и не как что-то наносное извне, а из некоторой материнской основы, носящей в себе зародыш тяжелых заболеваний и проявляющейся уже в ранних периодах разнообразными симптомами. Не нужно забывать также, что количество случаев, ■ которых дело ограничивается этими начальными изменениями, гораздо больше, чем вполне сложившихся заболеваний, и они фигурируют в детском возрасте в качестве общей нервно-психической патологии. То же самое нужно сказать относительно громадного количества психопатий, которые в полной форме развертываются в юношеском и зрелом возрасте, но уже в детстве сказываются в различных нервных явлениях, на которые в данном случае приходится смотреть как на своего рода сигнальные симптомы.

Частота нервных явлений у детей сама по себе указывает на их очень большую важность. Сравнительное однообразие внешних проявлений говорит только об известной бедности выразительных

средств, которыми располагает недостаточно богатая детская психика, а совсем не об однообразии приводящих к ним патологических механизмов. Последние, как мы видели, чрезвычайно разнообразны. Для точного выявления патогенеза, которое одно может быть положено в основу выработки терапевтических и профилактических мероприятий, необходимы достаточная ориентировка в вопросах детской психопатологии и сознание важности проблемы. В последнем отношении нельзя забывать, что так называемая нервность детей—это указатель на то неустойчивое состояние относительного равновесия, в котором находятся ее носители. При правильном подходе к смыслу лечения и воспитания эти явления могут совершенно исчезнуть, в противном случае они дают тяжелые и стойкие патологические картины.

Для понимания очень разнообразных клинических проявлений детской нервности нужно прежде всего иметь в виду, что здесь меньше встречаются развитые и более или менее резко очерченные картины заболевания, известные из знакомства с патологией взрослых, а главным образом не вполне сложившиеся рудиментарные формы, сравнительно бедные симптомами. Последние конечно не являются чем-то изолированным и самостоятельным; наоборот, они предполагают всегда наличие какого-то общего невротического фона, но по своей яркости и выпуклости приобретают иногда значение чего-то, имеющего право на отдельное рассмотрение. Что касается общего фона, то он складывается, во-первых, из эндогенных моментов, увеличивающих еще больше свойственную развивающемуся мозгу ранимость, затем из признаков экзогенного порядка, которые могут быть самого различного происхождения, хотя все в конце концов действуют тем, что ослабляют, истощают нервную систему. Если для появления невротических реакций у взрослого громадную роль играет, как принято говорить, повышение физической готовности мозга, создаваемое тяжелыми соматическими заболеваниями, малокровием, болезнями обмена, инфекциями, то еще больше приходится считаться со всем этим у детей. Вместе с перечисленными моментами в создании почвы, благоприятной для развития нервных явлений, играет роль влияние среды, в частности неправильное воспитание.

В нормальных условиях ребенок должен был бы расти в атмосфере интересов и впечатлений, доступных его пониманию, лучше всего в обществе детей своего возраста. Между тем ребенок часто слишком рано знакомится с жизнью взрослых, дающей ему очень много неподходящих впечатлений. Естественно, что при этом ребенок часто становится зрителем картин, пугающих своей непонятностью и по своему содержанию затрагивающих детскую сексуальность и иногда прямо создающих психическую травматизацию специфического характера. Волнующим образом действуют на психику ребенка и ссоры между близкими ему и в особенности ссоры между отцом и матерью, кончающиеся нередко полным расхождением, причем ребенок не может остаться равнодушным к этим коллизиям и, будучи связан бесчисленными нитями с обоими, должен все-таки встать на одну какую-либо сторону. Травматизирующим образом действуют и кошмарные условия, создаваемые в

семье пьяным отцом. Небезразлично для ребенка, если он вырастает один вместе со взрослыми без других детей. В этом случае он должен чересчур много внимания уделять неподходящим для его возраста интересам и лишается благоприятных влияний, связанных с жизнью хотя бы и маленького детского коллектива. В главной своей массе дети страдают от недостатка внимания к ним вследствие неблагоприятных жизненных условий. Реже, обычно в обеспеченных семьях, дети страдают от избытка внимания. П р е у в е л и ч е н н ы е заботы, которыми окружают иногда своих любимцев родители, создавая тепличные условия для развивающегося ребенка, делают его нервной организацию чересчур хрупкой и ранимой. Такие условия особенно часто создаются, когда ребенок один в семье. Вредным является и часто имеющее место в таких случаях п е р е к а р м л и в а н и е ребенка, в особенности мясной пищей, и чересчур большая нежность, проявляемая во всех отношениях к ребенку. Если всякая царапина или ушиб становятся источником нервозности окружающих и предметом всякого рода забот и усиленного лечения всякими средствами, то это несомненно может обострить впечатлительность ребенка. В том же смысле могут действовать чересчур большая нежность, горячие объятия, прижимание к себе, поцелуи, тем более что они могут пробудить и дремлющую сексуальность. Очень часто высказываемые в таких случаях опасения ■ том смысле, что ребенок плохо питается, «ничего не ест», худеет, мало спит, в конце концов могут привести к тому, что у ребенка действительно появляется отвращение к пище, так что он может есть только под влиянием занимающих его разговоров, показывания игрушек и т. п. Аналогичные расстройства могут развиваться в области сна, главным образом засыпания, которое наступает только после долгих процедур укачивания, убаюкивания, напевания песенок, рассказывания сказок и т. п. Все перечисленные моменты конечно могут дать только общую нервозность, создают благоприятные условия для развития невроза, а не невроз как таковой, хотя бы ■ рудиментарной форме. В генезе невротических реакций должны играть роль психогенные моменты, определяющие собой их структуру и содержание. Эти расстройства возникают в общем по типу условного рефлекса, представляя вначале более или менее случайную реакцию, вызванную определенной ситуацией, но зафиксировавшуюся и ставшую постоянной. Например рвота, если она не является результатом перекармливания или погрешностей в диете, легко может сделаться нервной, т. е. возникать без видимого повода. Рвотный рефлекс ввиду известных анатомических особенностей желудка у детей вообще возникает очень легко в ответ на разные раздражения. Возникнув первый раз при наличии определенных моментов, в числе которых могли играть роль и неполадки со стороны желудка и психические влияния, рвота впоследствии повторяется в ответ только на последние.

У детей старшего возраста может иметь значение и представление о чем-нибудь отвратительном, связанном с какими-нибудь неприятными переживаниями. Несомненно нужно признать, что во многих случаях приходится считаться и с действием фрейдовских механизмов, объясняющих вообще возникновение невротических

расстройств из психических травм, затрагивающих сексуальную сферу, как бы она ни была недоразвита и инфантильна у детей. Рвота например, возникающая первый раз в связи с непонятными и вызывающими отвращение и ужас переживаниями, когда дети становятся случайными зрителями полового акта, может повторяться уже без наличия этих обстоятельств и стать привычной нервной реакцией. Затем нужно иметь в виду очень большую роль целевых установок в возникновении различных нервных реакций; действие этих установок обычно очень ясно даже у маленьких детей. Как ни примитивна детская психика и как ни мал жизненный опыт, все же у детей нередко выступает конечно несознаваемая ими тенденция использовать то или другое свое болезненное явление в своих личных целях, например чтобы привлечь к себе внимание, добиться желаемого и т. д. Для понимания генеза явлений этого рода имеет большое значение, что маленькие дети вообще гораздо больше понимают, чем это думают окружающие. Переполох например, который может произвести случайно возникшая рвота, в особенности если окружающие недостаточно ориентированы в положении дела и оказывают своему любимцу ребенку чересчур много внимания, те нежные заботы, которые тотчас пускаются в ход, и все внимание, которым окружают якобы заболевшего ребенка, могут создать такую привлекательную для самочувствия последнего ситуацию, что у него естественно является инстинктивное стремление добиться ее повторения. Такого же происхождения могут быть приступы нервного кашля и расстройства дыхания, икоты, иногда также расстройства сна и аппетита. Анорексия и плохой сон у нервных детей представляют очень нередкие явления. Если в основе их не лежит общей повышенной возбудимости, зависящей от большой физической слабости или туберкулезной интоксикации, то могут играть роль те же целевые установки, стремление обеспечить себе на более долгое время заботливость и внимание окружающих.

Ввиду того, что психика ребенка по сравнению с тем, что наблюдается у взрослого, находится на низшей ступени развития, в ней преобладают процессы соматического порядка, почему при нарушениях правильности в передаче нервного возбуждения последнее очень часто соскальзывает на пути, связанные с вегетативной жизнью. Все исследователи, в частности автор монографии о неврозах у детей Веньямин, отмечают, что невротические расстройства у них затрагивают главным образом соматическую сферу. Здесь мы встречаемся с явлениями, хорошо известными в патологии взрослых. Истерические реакции, как известно, особенно часто наблюдаются у лиц с примитивной психикой, сохранившей очень много от инфантильных установок. Кроме того в этих случаях истерические реакции и свое содержание черпают главным образом из более элементарных кругов представлений, выражаясь в расстройствах иннервации, параличах, судорогах и явлениях, симулирующих соматические расстройства.

Патологические разряды нервной энергии, свойственные невротическим реакциям, в детском возрасте кроме так называемых псевдосоматических расстройств очень часто приводят к различным судорожным явлениям. Двигательная сфера у ребенка

всегда находится в известной готовности реагировать на различные раздражения в большей степени, чем у взрослого. Общеизвестна легкость, с которой возникают судороги у детей и с которой они генерализуются, переходя в общий припадок, охватывающий все группы мышц тела. При таких условиях понятно, что возникающий в силу тех или других вызывающих моментов условный рефлекс в своей центробежной части дает сокращение определенной группы мышц. Так возникают различные тики. Примером их может служить усиленное моргание (spasmus lutans), нередко наблюдающееся у детей. Вначале оно может быть вызвано каким-нибудь механическим раздражением, случайно попавшим в конъюнктивальный мешок инородным телом, воспалением конъюнктивы, но в дальнейшем продолжается даже тогда, когда налицо нет никакого механического раздражения. Аналогичный случай — тикозные подергивания мышц шеи, иногда наблюдающиеся у детей, когда они испытывают стеснение от слишком узкого ворота. Такое подергивание остается и после того, как устранена причина, которой оно первоначально было вызвано. Тикозные подергивания в конечностях могут иметь своим источником какие-либо местные заболевания или раздражения. Вообще судороги этого рода нужно понимать как движения, которые когда-то имели определенное значение и смысл как защитные рефлексорные акты, но затем утратили свою первоначальную цель. Такое же объяснение может оказаться справедливым и для других судорожных реакций, например некоторых хореических подергиваний. То, что заболевания подкорковой зоны у детей часто дают судорожные движения различного характера, объясняется повышенной склонностью детского мозга реагировать именно судорогами, но очень нередко такого же рода подергивания возникают психогенным путем. Например судороги в форме гемихореи, нередко вообще наблюдающиеся у детей, обычно своим возникновением обязаны психическим причинам. Подергивания этого рода при определенной ситуации, особенно травмирующей ребенка, в свое время могли иметь определенный смысл как защитное движение, но в дальнейшем стали простыми двигательными актами, лишенными какого бы то ни было смысла. В очень многих случаях волнующее переживание затрагивало сексуальную сферу, причем внимание ребенка благодаря особенностям ситуации было обращено на ту часть тела, в которой впоследствии появляются судороги. Подергивания могут возникать из гримас, которые сначала были произвольными, но затем утратили этот характер. В происхождении судорожных реакций у детей большую роль играет также элемент подражания.

К числу судорожных явлений, часто встречающихся у детей, относится заикание. Оно легко развивается у детей, представляющих от рождения элементы слабости и впечатлительности. Так, замечено, что нередко оно появляется у детей с явлениями лимфатического сложения, иногда также с неподвергшейся полной инволюции зубной железой. Заикание нередко развивается у детей, особенно одаренных в интеллектуальном отношении, с хорошо развитой речью, так что можно думать о большей или меньшей роли

переутомления речевых центров. Большую роль играют психические моменты и подражание. Знакомая с условиями, при которых впервые появилось заикание, чаще всего приходится констатировать какой-нибудь испуг. Особенно сильное действие производят устрашающие события, когда они случаются во время сна ребенка. Внезапные крики и шумы, ссоры окружающих, скандалы, устраиваемые пьяным отцом, заставляют ребенка просыпаться в сильном испуге, причем непосредственно после этого он начинает заикаться. К тому же может привести испуг при внезапном появлении животных, которых дети очень часто боятся, а также всякий испуг, чем бы он ни был вызван. Заикание может появиться, если ребенок проводит время в обществе заик или даже если он только слышит рассказ о том, что кто-то страдает заиканием. Для того, как в дальнейшем будет идти дело с заиканием, большое значение имеет отношение самого ребенка к своему заиканию и еще больше, как будут реагировать на него окружающие. Вредным является все, что зафиксировывает внимание ребенка на появившемся нервном расстройстве, слишком сильная реакция, которую дадут на это близкие, неумелый подход к устранению заикания, угрозы наказанием, если ребенок не прекратит заикания, передразнивания и насмешки товарищей. Все это увеличивает смущение ребенка, заставляет его бояться говорить вообще, причем страх оказаться несостоятельным, если он будет говорить, как раз увеличивает его напряженное состояние и еще больше заставляет заикаться. Если ребенку свойственны вообще робость, неуверенность в себе, страх, что на него все обращают внимание, то можно бояться, что заикание зафиксировано на долгое время. В этом случае приходится бороться не столько с заиканием как таковым, сколько с образовавшимися при этом неправильными установками самого маленького пациента и окружающих, т. е. заниматься психотерапией того рода, которая оказалась целесообразна со взрослыми заиками, являющимися своего рода невротиками. В острых случаях, если нет налицо особых конституциональных моментов, можно надеяться на хорошие результаты при изоляции от окружающих с укладыванием в постель, с предоставлением полного физического покоя. Полезно, чтобы в первое время с ребенком меньше говорили; полезно также заставлять говорить его медленно и нараспев, причем это должны делать и те, кто с ним приходит в непосредственное соприкосновение. Может принести пользу и внушение, применяемое в прямой форме или в виде электризации.

Как симптом поражения тоже двигательной системы, в генезе которого очень часто играют роль психические моменты, у детей очень часто можно констатировать энурез — недержание мочи по ночам. Причины его могут быть впрочем очень разнообразны и иногда могут быть органического характера. К числу их относится врожденная слабость мускулатуры мочевого пузыря, иногда расщепление позвоночника (*spina bifida occulta*). Иногда в основе могут лежать тяжелые психические изменения. Ночное недержание мочи может быть судорожным явлением, частичным проявлением судорожного припадка. Естественно, что оно часто наблюдается у эпилептиков, иногда до известного периода

предст
являет
чается
менты
держан
о псих
детей
ально
и от
и инд
должн
блюда
или сл
дующи
зульта
ремии
обстоя
торых
аутоэр
бывает
лени
роли
быть
мого
связан
может
чур бо
статоч
гигиен
ние не
точно
водит
в том,
устано
ребен
пробу
соотве
подста
При т
вергае
У дет
иногда
Вы
к маст
нужно
на тя
сексуа
рано,
приме
ждени
У дете

представляя изолированное явление. Энурез этого рода впрочем не является чем-то специфическим для эпилептиков, так как встречается очень часто при психопатиях разного рода. Психические моменты могут иметь большое значение для происхождения ночного недержания помимо собственно тех случаев, в которых можно говорить о психопатии. Время прекращения недержания мочи у нормальных детей чаще всего относится к возрасту 2—4 лет, но оно индивидуально различно; много зависит от особенностей психологии ребенка и от того, как на это явление реагируют старшие. Дети вялые и индифферентные безразлично относятся к загрязнению и обычно дольше других не приучаются быть опрятными. Энурез может наблюдаться также у детей возбудимых, чересчур чувствительных или спящих очень глубоким сном. Иногда задержание мочи с последующим недержанием, равно как и испражнений, может быть результатом инстинктивного стремления ребенка увеличением гиперемии в полости малого таза вызвать сексуальные ощущения. Это обстоятельство ■ особенности может иметь значение у детей, у которых инфантильная сексуальность с обычными ее проявлениями, аутоэротизмом, повышенным интересом к своим половым органам, бывает сильно выражена. Могут иметь значение ■ склонность к лени и вредная привычка долго лежать ■ постели. Независимо от роли инфантильной сексуальности неопрятность в постели может быть результатом нежелания ленивого, вялого вообще или упрямого ребенка пойти на преодоление маленьких неприятностей, связанных с вставанием из теплой постели и т. д. Большую роль может сыграть неправильный подход со стороны родителей, чересчур большая мягкость и нежность их, не позволяющие им быть достаточно твердыми и последовательными в проведении необходимых гигиенических мероприятий. В этих случаях настойчивое требование не допускать неопрятности с указанием ребенку, что он достаточно большой, чтобы следить за собой самому, обычно быстро приводит к желаемой цели. Полезно также проявить заботливость в том, чтобы не допускать переполнения мочевого пузыря. Помимо установления особой диеты целесообразно в этом смысле будить ребенка ночью в определенное время и не позволять лежать по пробуждении в постели. Полезно иногда тот край кровати, который соответствует ногам, несколько приподнимать с помощью особой подставки или у маленьких детей подкладывать под ноги подушку. При таких условиях чувствительное место пузыря, его шейка подвергается меньшему давлению со стороны скопившейся мочи. У детей старшего возраста может принести пользу и внушение, иногда с приведением в гипнотическое состояние.

Выходящая за пределы обычной сексуальность может привести к мастурбации, которая иногда может быть очень упорна. И здесь нужно иметь в виду, что она может быть симптомом, указывающим на тяжелую психопатичность ребенка. Помимо случаев собственно сексуальной психопатии, которая иногда может проявляться очень рано, нужно иметь в виду возможность других заболеваний, например шизофрении. Следует помнить также о возможности пробуждения сексуальности под влиянием эпидемического энцефалита. У детей старшего возраста мастурбация чаще всего проявляется

в самых обычных формах, причем нередко дети отдаются ей под влиянием примера других. иногда в результате совращения в прямом смысле; возможны случаи взаимного онанирования детей друг с другом и подражание coitus взрослых. Возможны в этом возрасте и скрытые формы онанизма—раздражение области половых органов путем трения о выдающиеся углы мебели, ерзание, сидя на каком-нибудь подходящем для этого предмете. У маленьких детей чаще наблюдаются эти скрытые формы, хотя бывает и прямое раздражение ручкой половых органов. У совсем маленьких мальчиков до тех пор, как они начали как следует ходить и много времени проводят в постели, играя со своим членом, может быть просто проявление любопытства к частям своего тела, и, хотя оно может иметь отношение к сексуальности в расширенном смысле Фрейда, только с большими оговорками может быть названо мастурбацией. Такая игра со своим членом обычно проходит, забывается сама собой через некоторое время, когда ребенок большую часть дня проводит на ногах. У маленьких детей в качестве онанистических актов могут быть рассматриваемы различные движения в постели с раздражением половых органов. Развитию мастурбации способствует все, что увеличивает чувствительность в ребенке: чересчур большая нежность, страстные поцелуи и объятия, щекотание ребенка, даже хлопанье по ягодицам, безразлично делается ли оно в виде ласки или наказания. Диета, чересчур обильная и богатая мясом и раздражающими веществами, а также все, что способствует переполнению мочевого пузыря, также может представлять опасность. Соответственно наиболее частым механизмам развития при лечении вместе с заботами по общему укреплению и закаливанию ребенка вырабатывают такой режим, который возможно больше отвлекал бы внимание от половых органов и действий, ставших привычными. Обращают внимание на то, чтобы ребенок оставался в постели только такое время, которое необходимо для сна. Не рекомендуется очень тепло укутывать ребенка. Полезны ванны на ночь, которые способствуют отливу крови от внутренних органов, в том числе и от genitalia, улучшают сон и ускоряют самое засыпание. Последнее особенно важно в тех случаях, когда мастурбационные действия с последующим разрешением сделались для ребенка необходимым условием для наступления сна. Естественно, что в некоторых случаях у маленьких детей полезны длинные рубашки, так чтобы ручки не могли доставать до половых органов, просторные костюмчики, чтобы не могло быть трения и раздражения половых частей. Необходимо обращать внимание на выбор диеты, своевременное опорожнение кишечника и мочевого пузыря, а также устранение каких-нибудь случайных источников раздражения в области половых органов, каких-нибудь зудящих сыпей, глистов (*oxiuris vermicularis*) и т. п.

Помимо различных патологических проявлений, имеющих более или менее прямое отношение к сексуальности, если иметь в виду эмоциональную сферу, невротические симптомы у детей очень часто черпают свое содержание в устрашающих переживаниях. Эмоции этого рода в особенности свойственны детскому возрасту и потому, что страх как что-то первобытное и стихийное более свойствен

примитивной психике ребенка, и потому, что ребенок чувствует себя совершенно беспомощным перед лицом непонятных явлений окружающего его мира; поэтому он так цепко держится за своих близких, требует защиты родителей, которых склонен считать сильными и всемогущими. Ребенка пугает все новое, непонятное, в особенности поражающее воображение своей огромностью, резкостью, большой интенсивностью впечатления. При этом очень большое значение имеет элемент неожиданности нового явления. Для возникновения страхов того или другого рода существенное значение имеет наличие особого фона повышенной ранимости, впечатлительности, о которых мы говорили выше. В данном случае приходится считаться со всем, что увеличивает пугливость ребенка. Запугивания, физические наказания и побои, которым нередко подвергаются дети, могут очень способствовать развитию этой пугливости; также действуют страшные рассказы и сказки о привидениях, нечистой силе, грабежах и убийствах, в особенности если все это преподносится ребенку на ночь перед отходом ко сну. Немалую роль в этом отношении может сыграть кинематограф, если детей водят смотреть фильмы неподходящего для их возраста содержания.

Н о ч н ы е с т р а х и, как и страхи вообще, могут быть и у маленьких детей. В этом случае они, как и энурез, могут быть проявлением припадочных состояний или общей возбудимости, свойственной ребенку от рождения. Несмотря на внешнее сходство с ними всегда более или менее скоро удастся установить истинный характер тех страхов, которые нужно отнести к невротическим реакциям. В этих случаях ребенок, после того как проспал несколько часов более или менее покойно, без видимой причины просыпается, начинает кричать и проявляет все видимые признаки сильнейшего страха. Часто крики и плач начинаются еще задолго до просыпания. Ребенок долго не может успокоиться и заснуть. Приступы ночных страхов могут повторяться несколько раз в течение ночи или даже много ночей подряд, иногда появляясь ■ одно и то же время. У детей более старшего возраста иногда удается получить кое-какие объяснения; например ребенок повторяет: «Боюсь, боюсь, мне страшно»; иногда дети указывают, что страхи их связаны с определенными предметами, причем ■ некоторых случаях можно отметить участие галлюцинаторных переживаний: видятся страшные черные дяди, собаки, звери и т. п. Темнота и одиночество, иногда новая обстановка, в которой заснул ребенок, усиливают интенсивность и продолжительность страха; свет, участливое отношение близких, даже звук хорошо знакомого голоса матери ведут обычно к быстрому успокоению. Для выработки наиболее рационального плана лечения необходимы: выяснение всех подробностей возникновения страха, анализ всех особенностей его проявления и тех условий, которые ведут к быстрому успокоению ребенка. Чаще всего оказывается, что расстройство впервые было вызвано какой-нибудь особенной ситуацией, заключающей в себе устрашающие моменты вообще или имеющей такое значение для ребенка в силу особых обстоятельств. Ближайшей причиной ночных страхов могут быть какие-нибудь резкие звуки и шумы, внезапно будящие ребенка, выстрелы, крики, скандалы, устраиваемые пьяными. В одном нашем случае ночные

страхи у мальчика 10 лет возникли после того, как он ночью во сне был избит ремнем за то, что обмочился в постели (он страдал изредка ночным недержанием); в другом ребенок был напуган набатом и шумом в связи с пожаром, случившимся ночью; страхи при этом у него появлялись довольно точно в тот же час, когда случилось напугавшее его происшествие; в третьем случае девочка стала страдать страхами по ночам после того, как ее, желая пошутить, напугала взрослая девушка, закутавшись в простыню, изображая мертвеца. Естественно, что устрашающие переживания у ребенка часто имеют более или менее определенное отношение к сексуальной сфере. Знакомство в раннем возрасте с половой жизнью взрослых может создать для ребенка ту ситуацию, которая явится источником страха. В одном нашем случае страхи по ночам появились у девочки после того, как она случайно на ночь осталась в той же избе, в которой были отпраздновавшие свадьбу новобрачные. В некоторых случаях сексуальные переживания могут играть роль не в такой грубой и простой форме, а более сложной и как бы завуалированной. Ночные страхи, о которых в данном случае идет речь, представляют по своей структуре невротическую реакцию, невроз, хотя и в рудиментарной форме, но со всеми его свойствами. Естественно, что им могут быть присущи и целевые установки. Как и в других случаях, ребенок здесь может иметь бессознательную тенденцию использовать свои ночные страхи, чтобы обеспечить себе внимание близких, и нередко определенно кого-нибудь из них. Как можно согласиться с Фрейдом, неодинаковые отношения, которые нередко наблюдаются у ребенка к отцу и матери, особенно привязанность и любовь к одному из них, не лишены известной примеси специфической влюбленности, в которой имеются элементы сексуальности, хотя бы и инфантильной. На этой почве могут быть явления ревности и различные маленькие трагедии, нередко приводящие к обнаружению болезненных симптомов, которые представляют средство борьбы за полное обладание любимым существом. Много в детской невротике несомненно может быть хорошо понято только при учете явлений, составляющих сущность Mutter- und Vaterkomplex в смысле Фрейда. В одном нашем случае ночные страхи у мальчика 7 лет появились после того, как его кроватку поставили в отдельную комнату, тогда как раньше он спал в одной спальне с матерью, которая часто брала его к себе в постель.

При аналогичных условиях у детей могут появиться невротические реакции в форме припадочных состояний, иногда протекающие как истерические припадки взрослых; ■ общем они носят однако более примитивный характер. Иногда как проявление недовольства или вообще как реакция на неприятное раздражение наблюдаются приступы крика, беспорядочные движения, катание по полу. Хотя в таких случаях нельзя отметить расстройства сознания, и целевые установки, стремление защитить себя от грозящей неприятности или добиться желаемого выступают чересчур неприкрыто, все же в этих явлениях имеются все элементы истерических реакций. У детей старшего возраста могут наблюдаться более выраженные припадки с судорогами, иногда с затемнением сознания и устрашающими переживаниями, в содержании которых нередко

можно отметить определенную связь с обстоятельствами, игравшими роль несомненной психической травмы. Для истерических расстройств детского возраста вообще можно считать типичным более ясный и отчетливый характер симптомов; говорят вообще о массивности, грубости проявлений детской истерии; симптомы ее, представляя такую же структуру, как у взрослых, более подчеркнуты, выпуклы. Характерным вместе с тем является так называемая моносимптоматичность, т. е. отсутствие свойственного патологии взрослых полиморфизма клинической картины, которая здесь выражается не в ряде часто сменяющих друг друга симптомов, а в одном каком-нибудь ярком признаке, который держится более или менее стойко в одной и той же форме, например в судорожных припадках, приступах страха, в мутизме, судорожной рвоте и т. п.

В противоположность очень частым судорожным и эмоциональным невротическим реакциям расстройства с интеллектуальными моментами, как главными в структурном отношении у детей, представляют сравнительно редкое явление. Помимо галлюцинаторных переживаний, преимущественно устрашающего характера, о которых была уже речь, нельзя не указать на встречающиеся иногда навязчивые мысли и страхи, исходным пунктом которых является какое-нибудь событие, особенно сильно поразившее эмоции и воображение ребенка. Возможны навязчивые страхи не только перед животными и различными предметами, страшными для ребенка вообще, но и перед такими, боязнь которых понятна только в том случае, если известен путь, приведший ребенка к этому расстройству. В одном нашем случае у девочки долгое время был навязчивый страх острых предметов после того, как она укололась об иголку в платье матери. Другая не могла есть никаких круглых фруктов, например яблок, слив, ягод после того, как едва не подавилась косточкой. Невроз навязчивых состояний в той форме, в какой он встречается у взрослых, именно с упорными навязчивыми представлениями, остающимися более или менее неизменными в течение ряда лет, на фоне выраженного психастенического склада, в детском возрасте едва ли у кого-нибудь приходится наблюдать.

Реактивные состояния

36. СОМАТОГЕНИИ

Нервная система весьма чувствительна к различным изменениям в организме, и неудивительно, что каждое отклонение соматического порядка находит более или менее определенный отклик в нервно-психической сфере. В зависимости от особенностей соматических нарушений меняется и характер психической реакции. Наиболее ясен генез в таких случаях, когда имеется общее ослабление организма, например при малокровии и различного рода истощениях. Самое существенное при этом сводится к явлениям повышенной возбудимости, раздражительности, неустойчивости настроения. Понижение самочувствия в значительной мере объясняется головными болями, головокружениями и неприятными ощущениями в различных местах тела. Имеют значение и по-

ниженная сопротивляемость по отношению к различным вредным влияниям и ослабление работоспособности. Очень часто при этом наблюдаются такие симптомы, как рассеянность, забывчивость, повышенная утомляемость. При таких условиях экзогенные моменты особенно легко могут нарушить то неустойчивое равновесие, в котором находится нервная система, и привести к патологическим сдвигам. В особенности часто возникают на этой почве явления неврастения как невроза истощения, и неудивительно, что диагностика комбинации анемии и неврастения принадлежит к числу наиболее частых в нервных и психиатрических амбулаториях. Особенно велико значение изменений в организме, связанных с малокровием: они повышают физическую готовность организма давать отклик на различные внешние моменты. В частности это относится к психическим факторам, у малокровных субъектов особенно легко ведущим к истерическим и вообще невротическим реакциям. В целях предупреждения таких болезненных состояний крайне важно возможно бережное отношение к здоровью лиц, обнаруживающих явления истощения на почве малокровия, и устранение из их жизни всяких неблагоприятных моментов на тот период, пока не восстановится в организме равновесие, нарушенное тяжелыми инфекциями, потерями крови или другими аналогичными причинами. Особое положение занимает пернициозная анемия, психические изменения при которой объясняются не только ослаблением питания, но и токсическими процессами, вследствие чего в картине болезни, как и при других отравлениях, возможно появление делириозных состояний со спутанностью и галлюцинациями.

При болезнях обмена также наблюдаются более или менее ясные изменения в нервно-психической сфере. Французские и английские исследователи большое значение придают подагре. Как думают, накопление в крови мочевой кислоты может дать ряд нервных явлений, напоминающих картину неврастения, а иногда особые состояния страха. Ланге описал особые периодические депрессии, которые он ставил в связь с колебаниями выделения мочевой кислоты, но в какой мере в генезе этих случаев играет роль собственно самоотравление и в какой конституциональные моменты, остается невыясненным. Более определенно можно говорить о роли диабета. В тяжело выраженных случаях этой болезни очень постоянны такие расстройства, как ослабление памяти и вообще интеллектуальной продуктивности, сонливость и какое-то отупение. Так как диабет наблюдается преимущественно в позднем возрасте, то не всегда легко отграничить наблюдаемые при нем, в общем не резко выраженные нервные явления от симптомов артериосклероза, тем более, что склонность к обоим соматическим заболеваниям входит в характеристику одного и того же пикнического типа, вследствие чего они нередко оба наблюдаются у одного и того же субъекта. Наиболее резкие изменения бывают в случаях диабетической комы, причем они носят обыкновенно характер делириозных состояний. Лауденгеймер под именем диабетического «псевдопаралича» описал особые случаи, представляющие сочетание психической слабости с такими расстройствами, как запинаясь речь, гемипарезы, эпилептиформные припадки. Теоретически нельзя отрицать воз-

можн
вним
типа
нии
анато
бета
при
цере
алко
псих
диаб
хара
П
посл
одно
токс
шени
ния
голь
риоз
деят
более
торой
сов,
себя
с е р
сердц
склон
страх
своео
и ген
в свя
этих
пано
и неп
равно
вов.
посто
на эт
клон
быть
вопро
особы
вание
что в
было
учиты
назыв
ной с
ются
в особ

возможности случаев с таким генезом, в особенности если принять во внимание существование диабетических невритов и расстройств типа корсаковского симптомокомплекса на почве диабета ■ сочетании с полиневритом, но для точного выяснения вопроса необходимы анатомические исследования. Нужно иметь в виду, что явления диабета могут возникнуть в связи с общесоматическими расстройствами при таких заболеваниях, как прогрессивный паралич помешанных, церебральный артериосклероз; иногда они могут наблюдаться при алкоголизме и депрессивных стадиях маниакально-депрессивного психоза. В таких случаях симптомы, которые можно отнести за счет диабета, естественно тонут в массе других более резких расстройств, характеризующих эти заболевания.

Психические изменения при к а х е к с и я х, характеризующих последние стадии течения злокачественных новообразований, с одной стороны, объясняются малокровием ■ истощением, с другой — токсическими моментами. Помимо симптомов подавленности, оглушения и психической слабости наблюдаются делириозные состояния со спутанностью, тоскливостью и галлюцинациями. Эльцгольц характерным для таких состояний считает чередование делириозной спутанности и полной ясности сознания. Расстройства в деятельности отдельных систем органов также сопровождаются более или менее выраженной психической реакцией, характер которой определяется сдвигами ■ течением физиологических процессов, свойственных данному заболеванию. Давно уже обращали на себя внимание различные нервные явления при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Всем лицам с больным сердцем свойственны особенные изменения со стороны настроения, склонность к тоскливости, боязливости, иногда резко выраженные страхи, неустойчивость и раздражительность. Иногда наблюдаются своеобразные приступы страхов, которые по своей симптоматике и генезу приближаются к ангинозным и должны быть поставлены в связь с изменениями венечных сосудов сердца. В происхождении этих расстройств играют роль не только изменения мышцы и клапана в сердца и вызываемые ими расстройства кровообращения, но и неполадки в вегетативной нервной системе, в частности нарушение равновесия между системами блуждающего и симпатического нервов. Естественно, что в психике сердечных больных под влиянием постоянных ощущений в области сердца, фиксирующих внимание на этом органе и вообще на болезни, может развиться стойкая наклонность к депрессии и гипохондрическим опасениям. Могут ли быть какие-либо специальные психозы при заболеваниях сердца, вопрос довольно сложный. В прежнее время нередко описывались особые психозы кровообращения (*Kreislaufpsychosen*), но существование их как заболеваний *sui generis* сомнительно. Несомненно, что в некоторых случаях, которые описаны под этим именем, нужно было говорить о циркулярном психозе, и вообще при оценке их мало учитывали конституциональные моменты. По нашему опыту право называться особыми психозами в данном случае имеют до известной степени те острые состояния спутанности, которые наблюдаются иногда у больных с явлениями сердечной декомпенсации, в особенности при быстром всасывании отеков. Нужно думать, что

при этом имеет место отравление нервной системы благодаря всасыванию большого количества небезразличных для нее веществ, содержащихся в отечной жидкости. Аналогичные явления наблюдаются при быстром рассасывании асцита, будет ли он вызван расстройством сердечной деятельности или заболеванием печени (цироз). Естественно, что в этих случаях психическая реакция обыкновенно носит характер делириозных состояний.

Приблизительно такой же генез явлений в нервно-психической сфере, наблюдаемых при заболеваниях почек. Еще старые врачи говорили о малом брайтизме — комплексе таких явлений, как головные боли, головокружение, оглушение, дурное самочувствие, очень обычных у больных с хроническими почечными процессами. Для уремии, связанной с более тяжелой и острой недостаточностью почек, характерны делириозные и коматозные состояния с эпилептиформными судорогами.

Явления почечной недостаточности, иногда стоящие в связи с вполне выраженными воспалительными процессами в них, лежат и в основе эклампсии, наблюдающейся у беременных, в особенности первым ребенком. Эклампсия, возникающая главным образом во второй половине беременности, нередко сопровождается расстройством в психической сфере, выражающемся в затемнении сознания с галлюцинациями и возбуждением, а также эпилептиформных припадках. По своему характеру оно частью приближается к делириозным состояниям, частью представляет картину эпилептиформного возбуждения с последующей амнезией. Чаще всего психотические картины развиваются перед родами и после родов. Такие случаи очень часто кончаются смертью. Искусственное родоразрешение обычно дает прекращение психоза и улучшение общего состояния. При лечении самой эклампсии полезнее всего усиленная наркотизация морфием и хлоралгидратом по Строганову, причем как подкожные впрыскивания первого препарата, так и введение с клизмой второго производятся под хлороформом.

При заболевании печени изменения в психической сфере являются очень частыми, что и неудивительно, если принять во внимание огромную роль этой железы в обмене веществ и в частности в обезвреживании различных ядовитых веществ. Уже одно поступление желчи в кровь — холемия, что имеет место при желтухе, вызывает целый ряд изменений в психике: подавленность, тоскливое настроение, угнетение интеллектуальных функций, расстройство сна, к которым ведет нередко наблюдающийся сильный зуд в коже. В наиболее резкой форме расстройства в психической сфере наблюдаются при острой желтой атрофии печени, а также при отравлениях фосфором, дающих аналогичные изменения в этом органе. Типичны для этих случаев делириозные явления с тоскливостью и очень большим возбуждением, в тяжелых случаях — с коматозным состоянием.

Ослабление функциональной способности печени, как то особенно ясно можно видеть на примере белой горячки и других алкогольных расстройств, имеет большое значение в генезе психозов, связанных с отравлениями. О роли печени в генезе различных отклонений в психической сфере говорит и пример вильсоновской

болезни, при которой вместе с дегенерацией чечевицеобразного ядра наблюдаются и изменения печени. Давно существующее обозначение—холерический, или желчный, темперамент,—являющееся отражением многовекового коллективного опыта, говорит о корреляциях между заболеваниями печени и изменениями в психике, как о чем-то несомненном.

В одну группу с заболеваниями печени должны быть отнесены болезни желудочно-кишечного тракта. Здесь, с одной стороны, может играть роль самоотравление, идущее из кишечника, к которому ведут как простые запоры, так и процессы гниения в кишечнике; постоянным спутником подобных расстройств является угнетенное настроение. Это тем более заслуживает внимания, что и в генезе вполне выраженных депрессий, относящихся к циркулярному психозу, такое самоотравление среди других моментов также играет очень видную роль. Возможны случаи полиневрита с корсаковским психозом, развивающиеся в связи с кишечными запорами. К более или менее значительным изменениям в нервно-психической сфере ведут и различные расстройства желудочной секреции. В особенности это возможно в связи с повышенной кислотностью желудочного сока, как то особенно ясно можно наблюдать при круглой язве желудка. Здесь повидимому больше всего приходится считаться с тем, что расстройства железистой секреции, в данном случае желудочной, стоят в связи с общими сдвигами в течении вегетативных процессов и должны сопровождаться психической реакцией. В одном случае язвы желудка мы наблюдали периодические колебания настроения, именно большую подавленность, носящую характер определенных приступов. При этом с большим постоянством можно было отметить, что ухудшению соматического состояния, именно усилению болей и увеличению кислотности, соответствовало психическое успокоение, и наоборот. Как справедливо указывают Куршманн и другие авторы, комплекс нервных явлений, импонирующих как картина того или другого невроза, может быть вызван расстройствами вегетативного порядка в деятельности отдельного органа. В этом смысле можно говорить о неврозах органов, куда можно отнести бронхиальную астму, некоторые неврозы сердца и желудка. Большое значение имеет, что при сходной до известной степени клинической картине может идти речь о расстройствах по существу различного происхождения. Чисто психогенные картины могут характеризоваться теми или другими симптомами, фиксированными на деятельности отдельного органа, чаще всего сердца. Такой генез свойствен неврозам в собственном смысле. С другой стороны, заболевание органа, например сердца, может дать ряд нервных ощущений с более общей реакцией, затрагивающей психическую сферу в целом. Механизмы развития и особенности требуемого подхода в том или другом случае коренным образом отличны. Чтобы не сделать большой ошибки, психиатр не должен торопиться диагностировать «чисто нервное явление», а должен принять все меры к тщательному выяснению объективного состояния органа, на который направлено внимание больного. Нередко в случаях, которые импонируют как невроз сердца, в основе могут находиться

если не расстройство сердечной мышцы и клапанов, то те или другие изменения в вегетативной нервной системе и между прочим в сердечных нервных узлах.

Различные изменения в состоянии женщины в связи с жизнью пола сопровождаются более или менее определенной реакцией со стороны психической сферы. Даже в менструальном периоде она не может считаться совершенно здоровой. Помимо физической слабости и понижения работоспособности здесь приходится считаться с появлением большой психической неустойчивости, делающей женщину очень ранимой по отношению к внешним воздействиям, в частности к психическим потрясениям. Заслуживает внимания, что в этом периоде часто впервые обнаруживаются истерические реакции, а иногда и склонность к навязчивым состояниям. Давно отмечено, что во время менструаций обнаруживаются такие явления, как клептомания и пиромания, идеи ревности; нередко также состояния депрессии с недоверчивостью по отношению к окружающим, иногда с мыслями о самоубийстве. С этим стоит в связи тот факт, что покушения на самоубийство у женщин в 35% приходится на период менструаций.

Аналогичные изменения, в общем более интенсивные, наблюдаются и в периоде беременности, самих родов и послеродовом периоде; они носят отчасти иной характер в зависимости от того, что генез их связан с определенными эндокринными расстройствами. Для беременных характерны неустойчивость настроения, тоскливость, склонность к капризам, особенная прихотливость в еде вместе с частыми тошнотами и отвращением к определенным видам пищи. В основе последнего явления лежит до известной степени своеобразная гиперестезия высших органов чувств, дающая иногда расстройства, близкие к галлюцинаторным; часто больным всюду слышатся неприятные различные запахи. Каких-либо специально менструальных психозов или психозов беременных не существует, но в эти периоды могут появиться такие психозы, как маниакально-депрессивный или шизофрения. Во время самых родов, как реакции на боли, у субъектов психопатического склада могут появиться вспышки возбуждения с стремлением убить ребенка, равно как и истерические реакции обычного типа. Так называемые пuerперальные, послеродовые психозы по своему генезу должны быть отнесены к инфекционным заболеваниям. Чаще всего это аментивный симптомокомплекс или выявление скрытых конституций, т. е. обычно маниакально-депрессивного психоза или шизофрении. О так называемых лактационных психозах можно сказать то же, что и о психозах беременных и менструальных психозах. В том смысле, как понимали старые психиатры, их не существует. В периоде лактации нередко развивается шизофрения или первый приступ маниакально-депрессивного психоза.

Различные отклонения в нервно-психической сфере могут иметь своей причиной изменения, связанные с инфекциями. Не касаясь собственно инфекционных психозов, которым посвящены особые главы этой книги, мы здесь указываем на те симптомы общей нервно-психической патологии, которые обычны в случаях различных хронических инфекций. Как справедливо указывает проф. Л. С. Минор, многие больные,

импонирующие как неврастеники, в действительности страдают плохо леченными формами инфлуенцы. Американские врачи обращают внимание, что в очень многих случаях различные нервные явления зависят от местных инфекций, например от заболевания лобных пазух, гайморовых полостей, от кариозных процессов в зубах. При таких условиях устранение этих местных очагов и в частности санация полости рта приобретает профилактическое значение по отношению к нервной системе.

Некоторые авторы думают, что местные инфекции могут сенсibilизировать те процессы, которые связаны с сущностью шизофрении, и способствовать таким образом заболеванию этой болезнью.

Больше всего все-таки приходится считаться с влиянием на нервно-психическую сферу туберкулезной интоксикации. Характер явлений здесь очень варьирует частью в зависимости от конституциональных особенностей, частью от стадии болезни. В начальных периодах туберкулеза, по отношению к которым можно ■ особенности говорить о туберкулезной интоксикации, очень часто наблюдаются повышенная чувствительность, раздражительность, бессонница, головные боли. Расстройства этого рода очень часто встречаются у детей и взрослых. На этой почве под действием тех или других психических моментов легко возникают истерические или вообще невротические реакции. В других случаях на первый план выдвигаются изменения в характере в смысле появления замкнутости, недоверчивости по отношению к другим вместе с довольно большой раздражительностью. Нужно иметь в виду, что в части этих случаев, именно там, где можно говорить о латентной шизофрении, обнаружение туберкулезных изменений совпадает по времени ■ с началом душевного заболевания. При этом имеются основания думать не только о случайном совпадении начала обоих заболеваний, объясняемом очень большой частотой того и другого, но и о внутренней связи между обоими явлениями, так как склонность к туберкулезному процессу входит в характеристику астенического типа сложения, к которому относится большинство шизофреников. Но могут быть такие случаи с изменениями психики при туберкулезной интоксикации, где несмотря на некоторое сходство с шизофреническими картинами нет ничего от шизофрении, как от болезни. Принято говорить в таких случаях, что туберкулезная интоксикация дает шизоидирование личности. При этом кроме собственно интоксикации как таковой на образование сдвигов в психической личности могут влиять и вегетативные расстройства; в частности при туберкулезе лимфатических желез в процесс могут быть вовлечены узлы и нервные стволы симпатического нерва, а это дает не только вазомоторные расстройства, например известную часто одностороннюю гиперемию лица при туберкулезе, но и эмоциональные расстройства. В далеко зашедших случаях туберкулеза нередко обращает на себя внимание своеобразная эйфория, очень повышенное самочувствие, совершенно не соответствующее тяжелому, иногда безнадежному положению больного. Несмотря ни на что последний оживлен, весел, стремится к деятельности, строит различные планы. Такую эйфорию в генетическом отношении нужно поставить в связь с своеобразным оглушением, вызываемым отравлением благодаря недостаточному газооб-

мену; при этом устраняется действие на настроение различных неприятных ощущений, так что можно думать об известном сходстве с состоянием алкогольного опьянения.

Более или менее значительные изменения в нервно-психической сфере наблюдаются и при эндокринных расстройствах. Роль закрытых желез особенно велика для развивающегося организма. Там она приводит к состояниям психического и физического недоразвития, более или менее типического по своим клиническим проявлениям для поражения каждой из закрытых желез. Психические изменения, сопровождающие эндокринные расстройства у взрослых, носят главным образом характер качественных особенностей психического функционирования. При базедовой болезни более всего обращают на себя внимание очень большая лабильность настроения, повышенная психическая возбудимость, повышенная утомляемость; наблюдающееся нередко психическое возбуждение носит иногда веселый характер, иногда же связано с чувством страха. Некоторые авторы описывали особые психозы при базедовой болезни. Нельзя исключить возможность психотических вспышек, подобных тем, которые наблюдаются вообще при токсикозах, чаще все-таки психозы, которые считаются чем-то присущим базедовой болезни, относятся к маниакально-депрессивному психозу, иногда к шизофрении.

Гораздо чаще приходится наблюдать не базедову болезнь в собственном смысле, а картину гипертиреозидизма, явления которого вплетаются в симптоматику того или другого невроза или психоза.

Для микседемы характерны психическое угнетение, замедление и затруднение психического функционирования, ослабление памяти, иногда вспышки галлюцинаторных состояний. Аналогичные изменения наблюдаются при аддисоновой болезни, при которой особенно характерна общая адинамия с психической слабостью, истощаемостью, тоскливостью, расстройствами сна, ослаблением памяти. Как и при других эндокринопатиях, возможны приступы делириозной спутанности. При тетании с психической стороны отмечают раздражительность, повышенную утомляемость, приступы возбуждения со страхами и галлюцинациями, иногда сумеречные состояния, напоминающие эпилептические.

37. ПСИХОГЕНИИ

Рассматриваемые болезненные состояния распадаются на две группы: психогенные реакции и реактивные состояния; те и другие представляют очень много общего с невротическими реакциями не только потому, что особенно легко развиваются на предрасположенной почве, но и по своему возникновению в связи с аффективными переживаниями. Последние, как и там, являются не только толчком для развития болезненного состояния; они определяют собой его характер и содержание. В отличие от невротических, в частности истерических, реакций психогенные реакции более примитивны и элементарны. Иногда они представляют как бы мицелий, из которого вырастают невротические явления,

инс
яни
но
лич
вир
ее
ни
и
в
дру
мен
чив
мен
тюр
быт
ни
по
ну
рак
бен
или
ства
сгла
в
и
про
рав
Раз
зало
но
был
боле
сти,
обра
наиб
карт

Р
ким-
пото
и заф
при
блю
значи
ных
лярн
зывает
самос
ющи
чаях

иногда же представляют нечто самостоятельное. Реактивные состояния также имеют исходным пунктом эмоциональные переживания, но в отличие от психогенных реакций более полно охватывают всю личность и в общем более длительны. В сущности их легко представить из аналогии с тем, как складывается личность вообще. Основы ее определяются как прирожденными особенностями, так и влиянием среды, которая кладет отпечаток на всю психологию больного и его отношения к окружающему. Если кто-либо будет поставлен в исключительные условия, резко нарушающие его контакты с другими, в его психологии не может не произойти существенных изменений, характер которых будет зависеть от особенностей получившейся жизненной ситуации. Естественно поэтому, что такие моменты, как потеря близких или имущества, арест, заключение в тюрьму, могут дать очень резкие сдвиги в психике. И здесь может быть, что развивающееся психогенное состояние является вступлением к более тяжелому заболеванию даже с эндогенной основой, но по существу оно представляет нечто самостоятельное, а не начальную фазу или легкую форму какого-либо психоза. Реактивный характер всех болезненных состояний рассматриваемой группы особенно ясен из того, что если нет налицо каких-нибудь осложнений или особенной предрасположенности к заболеваниям, эти расстройства вместе с удалением вызывающей причины более или менее быстро сглаживаются. Различиями в особенностях двух групп, лежащих в основе факторов,—конституциональной предрасположенности и психической травматизации—объясняются и вариации в формах проявлений как психогенных реакций, так и реактивных состояний, равно как и диагностические трудности для их классифицирования. Раз играют несомненную роль конституциональные моменты, казалось бы, что форма тех и других реакций должна бы даваться именно ими, так что все состояния в рассматриваемой группе должны были бы размещаться по большим конституциональным кругам заболеваний. Это и оправдывается в действительности, но только отчасти, так как большую роль играет и психогения. Из всего многообразия наблюдаемых форм мы сделаем краткое описание только наиболее определенных и чаще всего встречающихся типических картин.

Психогенные реакции

Реактивная депрессия развивается вслед за каким-нибудь тяжелым происшествием, неожиданной потерей близких, потерей работы и т. п. Сущность ее легко понять как усиление и зафиксирование тех переживаний, которые психологически понятны при известной ситуации и не в такой интенсивной форме могут наблюдаться у всякого человека. Тоскливость по своей структуре значительно отличается в данном случае от так называемых витальных депрессий, в частности от того, что наблюдается при циркулярном психозе; тоска не идет, как там, откуда-то из глубины, а связывается с тягостным переживанием. Не отмечается также идей самообвинения, причем обычно возникает тенденция винить окружающих. В смысле интенсивности тоскливость иногда, особенно в случаях с острым течением, может быть очень глубокой. Довольно

часто наблюдаются серьезные попытки к самоубийству, опасность которого больше всего вначале, когда горе чувствуется особенно остро и преувеличивается тяжесть несчастья. Двигательного затор-
можения обыкновенно не бывает. Что касается конституционального
предрасположения, то иногда имеется основание говорить об эмо-
циональной неустойчивости циркулярного ряда, но чаще наблю-
дается склонность тоже к эндогенной тоскливости, но на почве
сензитивности, свойственной астеническим личностям, или на почве
конституциональной нервности. Во многих случаях можно отметить
ясную роль истощающих моментов, например инфекций. Реактивная
депрессия представляет самую частую форму психогенных реакций
и, как все они, наблюдается преимущественно в молодом возрасте.
Сравнительно редко можно встретить не имеющее особого практи-
ческого значения гипоманиакальное состояние,
возникающее на реактивной почве, иногда без особенной связи
с циклоидным предрасположением. Под непосредственным влиянием
психических моментов могут возникнуть приступы возбуждения
с характером эпилептоидных или эксплозивных реакций, но, по-
скольку здесь центр тяжести в постоянно имеющейся налицо повы-
шенной возбудимости, они рассмотрены в главе об эпилепсии.

В некоторых случаях можно с полным правом говорить о шизо-
идных реакциях. Мы здесь не имеем в виду так называемого
шизофренического типа реагирования Поппера, которого каса-
лись в главе о шизофрении. К шизоидным реакциям относятся
не кратковременные вспышки психоза, а более длительные состояния
с ухудшением самочувствия, с появлением недоверчивости, отчуж-
денности от окружающего; иногда в таких случаях наблюдаются
негативизм, отказ от пищи, немотивированные вспышки раздраже-
ния, бегство с места работы, из мастерской или казармы. Такие со-
стояния развиваются обычно под влиянием переживаний, делающих
до известной степени понятными наступившие изменения, например
под влиянием неблагоприятных внешних условий, в особенности
если субъект попадает в них из другой, более приемлемой обстановки.
Такие условия нередко были налицо в старой школе, особенно в за-
крытых учебных заведениях, в казармах, когда новичок, ■ особенно-
сти почему-либо не понравившийся начальству или товарищам, под-
вергался насмешкам и всяким издевательствам. Шизоидные реакции,
как нечто более острое, противопоставляются шизоидированию лич-
ности, развивающемуся при тех же условиях, особенно ■ связи
с истощением и туберкулезной интоксикацией. В основе изменения
в обоих случаях нужно предполагать конституциональные моменты;
это видно в частности из того, что при тех же условиях в других
случаях развиваются истерические реакции.

Наиболее яркую картину психогенных реакций представляют
состояния, развивающиеся в связи с переживаниями резкого
страха, например в случаях, связанных с смертельной опасностью.
Наблюдения этого рода делались и раньше во время различных
катастроф и стихийных бедствий, например
во время мессинского землетрясения, наводнения на юге России
(Н. Н. Баженовым). Война с ее ужасами представила обильный ма-
териал для изучения картин этого рода. Клейст описал особые слу-

чаи под названием *Schreckpsychosen* кратковременных состояний угнетения с резко выраженным страхом, иногда со ступором. Как выяснилось при ближайшем рассмотрении, это не психозы в собственном смысле, а особые реакции, не отличающиеся от того, что наблюдается при аналогичных условиях и в мирное время. Это — та же реакция, которую пришлось изучать немецким психиатрам после взрыва в Оппау в 1921 г., когда из 6—8 тысяч работников, находившихся в районе катастрофы, 657 было убито и 1977 ранено. Это — о с т р а я реакция испуга, иногда приводящая к развитию невротических явлений, иногда разрешающаяся без каких бы то ни было последствий. Испуг как таковой без других моментов и без наличия предрасположенной почвы не дает собственно психоза. То же оказалось при наблюдении над пострадавшими от землетрясения в Крыму в 1927 г. Как показали исследования специальной комиссии, командированной НКЗдравом на место землетрясения для этой цели, и в особенности как видно из наблюдений врачей, которые находились в этот период в Крыму в том или другом учреждении и могли изучать действие землетрясения на исследованных ими раньше пациентах (А. И. Винокурова), можно отличать непосредственную реакцию испуга и последующие нервные явления. Для первой характерно то, что она элементарна и дается не корковыми механизмами, а более низко стоящими инстанциями с большим участием вегетативной нервной системы. Характер реакции по своим внешним проявлениям не всегда был одинаков, но постоянным было то, что страх как сознательное переживание выступал значительно позднее сравнительно с реакцией в моторике и вегетатике. Больные, спавшие в момент землетрясения, вскакивали и в бессознательном состоянии бросались куда-то бежать и приходили в себя только спустя значительное время. Иногда наблюдалось бессмысленное метание из стороны в сторону со всеми признаками «двигательной бури». У других наблюдалось, наоборот, оцепенение, длительное состояние ступора, имеющее своим прообразом рефлекс мнимой смерти у животных. При длительном переживании страха перед грозящей смертельной опасностью, часто имевшем место во время последней войны, например при обстреле фортов Вердена, вместе с проявлением страха в собственном смысле наступало полное истощение с неспособностью чувствовать что бы то ни было, с непреодолимым стремлением ко сну, причем солдаты нередко засыпали стоя несмотря на ураганный огонь. При попытках разбудить спящий, хотя и пытался отвечать иногда на вопросы, продолжал находиться в состоянии затемнения сознания и не узнавал окружающих.

Приблизительно такие же явления констатируются в связи с переживаниями страха всякого происхождения, если интенсивность его достаточно велика. При этом всегда можно выделить два типа — с характером двигательного беспокойства или же ступора. Последний развивается обычно не сразу после угнетающего переживания (арест, возбуждение судебного дела, нападение бандитов), а после некоторой предварительной стадии с дурным самочувствием, вялостью и несловоохотливостью. Постепенно больной впадает в состояние оцепенения с полной неподвижностью и молчанием, хотя



Рис. 116. Психогенный ступор. Взято из монографии Е. Braun, *Psychogene Reaktionen*; то же относится к рис. 117—120.

и не утрачивает совершенно сознания; переживания больного при этом очень скудны, но могут быть отрывочные галлюцинации, бредовые идеи. Вся картина может представить большое сходство с кататоническим ступором (рис. 116), но в отличие от него констатируется большая зависимость от психических факторов; например состояние больного не одно и то же, когда он наедине или когда за ним наблюдают; не отмечается также недержания мочи и содержимого кишечника. В смысле интенсивности явления ступора представляют большие колебания, иногда они чередуются с приступами возбуждения. Продолжительность ступора—недели, иногда месяцы. Воспоминания о перенесенном за этот период представляют большие пробелы.

Психогенный ступор, как видно из приведенного описания, представляет одну из форм защитных реакций ■ может быть приравнен в этом отношении к истерическим реакциям вообще. Картина его однако настолько характерна именно ■ качестве реакции на переживание страха, и притом более элементарной и без невротических надстроек, что заслуживает особого описания вместе с другими психогенными реакциями. В особенно характерной форме он развивается в качестве **тюремного ступора** в связи с арестом или тюремным заключением. Эти моменты, ■ особенности заключение в одиночной камере, являются настолько сильной психической травмой, что дают иногда крайне своеобразные реакции. Хотя они не могут считаться чем-то специфическим именно для этой этиологии, но ■ данном случае на них лежит особый отпечаток, дающий право говорить об особых **тюремных психозах**. Заключение в тюрьму может дать иногда толчок и для развития таких душевных заболеваний, которые обыкновенно развиваются вне всякой связи с арестом или тюрьмой, хотя лишение свободы и ■ этих случаях все же играет известную этиологическую роль. Например заключение в тюрьму алкоголика может привести к появлению белой горячки именно потому, что сразу прекращается действие привычного раздражителя. Особенно часто наблюдается в этих условиях шизофрения, в картине которой в этом случае обычно очень много галлюцинаций и параноидных моментов; наличность тех и других может считаться характерной чертой вообще душевных заболеваний, вызванных тюремным заключением. Это видно из того, что параноидный аспект очень часто замечен не только при шизофрении, развивающейся в тюрьме, но и при других психозах, наблюдающихся в этой обстановке, например у алкоголиков и эпилептиков. Это явление легко понять, анализируя ту ситуацию, в которую поставлен заключенный, в особенности в одиночной камере. Для него прекращается действие всех здоровых раздражителей, причем особенно остро

конечно ощущается невозможность общения с близкими и вообще с другими людьми. Все, что окружает заключенного, глубоко враждебно ему, направлено определенно к тому, чтобы лишить его какой бы то ни было возможности вернуть себе свободу. Как мы видели в главе о галлюцинациях, прекращение обычных слуховых раздражителей может способствовать появлению обманов слуха; нужно учесть также, что над всем доминирует сознание полного крушения жизни без просветов в будущем. Естественно, что при таких условиях происходит болезненный сдвиг в восприятии окружающего, причем самые безобидные и не имеющие отношения к заключенному обстоятельства истолковываются бредовым образом. Можно выделить особый тюремный паранойд как своего рода психогенное реактивное состояние, характеризующееся боязливо тревожным настроением, галлюцинациями, идеями отношения, иногда с отказом от пищи или приступами возбуждения. Изменение обстановки вследствие перевода в другую камеру, перемена надзирающего персонала, иногда удовлетворение каких-либо желаний могут смягчить положение и даже привести к полному выздоровлению. Еще скорее исчезают все болезненные явления в случае благоприятного поворота судебного дела, пересмотра его и прекращения или освобождения от наказания по амнистии. Симптоматика тюремных психогенных реакций в зависимости от особенностей тюремной обстановки и стадии, в которой находится судебное дело, не всегда одинакова.

Только что описанная картина чаще всего встречается в условиях тюремного заключения после уже состоявшегося приговора (тюремный паранойд Рюдина). Под влиянием ареста у подсудимых арестантов обычно наблюдаются более острые реакции — приступы возбуждения, затемнение сознания с развитием бредовых идей, но особенно часты своеобразные психогенные реакции, в картине которых можно видеть инстинктивное стремление укрыться за душевную болезнь, хотя бы только мнимую; эти состояния часто производят впечатление чего-то искусственного, какой-то симуляции. Сюда нужно отнести уже известное нам описанное в главе об истерии ганзеровское сумеречное состояние, близко к которому стоит особый симптомокомплекс псевдодеменции; в структуре его также заметно участие несознаваемого желания казаться слабоумным, ничего не знать, причем иногда это желание может быть спровоцировано теми или другими вопросами при исследовании, в результате чего происходит демонстрация душевной болезни, которая в представлении большинства обывателей отождествляется с глупостью. При этом явления дементности преподносятся так сказать не только при ответах на вопросы, но и всем поведением и выразительными движениями: пациент усиленно таращит глаза (рис. 117), делает беспомощное или в высшей степени удивленное (рис. 118), иногда напряженно-угрожающее выражение лица (рис. 119), иногда на лице появляется выражение напряженного раздумывания, иногда при этом приставляется палец ко лбу; в некоторых случаях обращает на себя внимание особая хитрая улыбка, которой пациент как будто хочет показать, что он понимает врача, и не сомневается, что и последний с своей стороны также его понимает (рис. 120). Возможны дрожание, истерические расстройства



Рис. 117.



Рис. 118.

Мимика при псевдодементности.

чувствительности или припадки. Мысль о симуляции ■ особенности возникает при наблюдении над комплексом, который известен под именем «в а л я н и я д у р а к а». От ганзеровского состояния псевдодеменция отличается отсутствием затемнения сознания, обычно и своей кратковременностью. Являясь типичной для подследственных арестантов, она может встретиться и ■ условиях отбывания наказания в тюрьме, а иногда и не в качестве собственно тюремной реакции, везде, где только могут сыграть роль целевые установки, например при психогенных состояниях в связи с получением ренты. Особенно острую форму психогенной реакции из числа тех, которые встречаются под влиянием ареста и тюремного заключения, представляют состояние ярости и возбуждения, с криками, со стремлением к разрушению, с бессмысленными импульсивными нападениями на окружающих, с нанесением себе повреждений и попытками самоубийства.

Известные отличия в характере возбуждения, например наличие жестокости и нещадности наносимых повреждений, неодинаковая степень затемнения сознания, заставляют некоторые реакции этого рода ставить ближе к эпилептоидным, а другие—к истерическим.

К психогенным реакциям, развивающимся в условиях тюремного заключения, относится и картина п с и х и ч е с к о г о п у э р и л и з м а, или и н ф а н т и л и з м а. В этом случае в самосознании, поведении и как будто во всей личности пациента выявляются такие сдвиги, которые делают его необычайно похожим на ребенка. Он обнаруживает интересы и стремления, свойственные детскому возрасту, начинает играть в куклы, употребляет в разговоре уменьшительные ■ ласкательные имена, иногда лепечет, как ребенок. Под нашим наблюдением был один молодой человек, осужденный за уголовное преступление, который вел себя, как маленький мальчик.

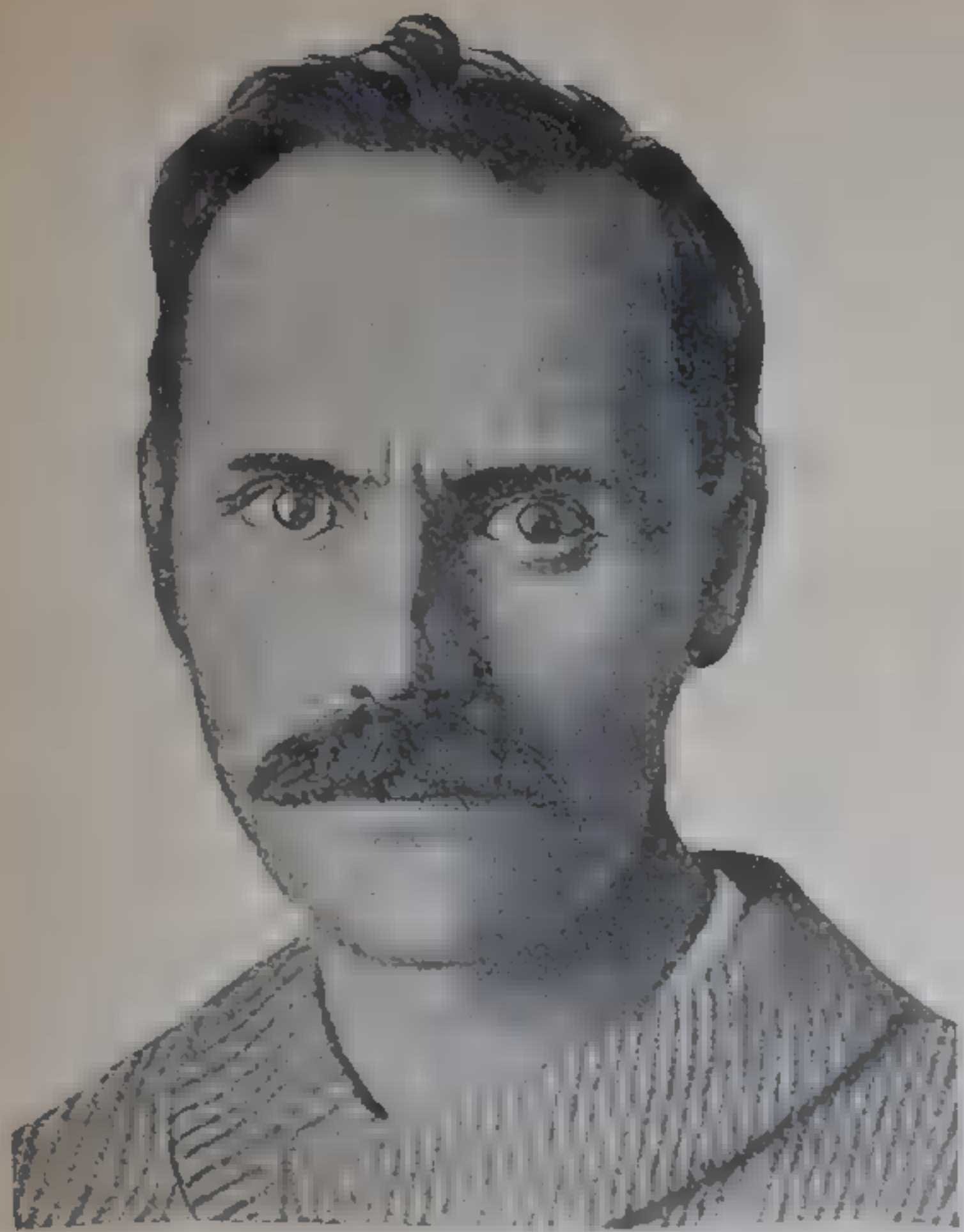


Рис. 119.

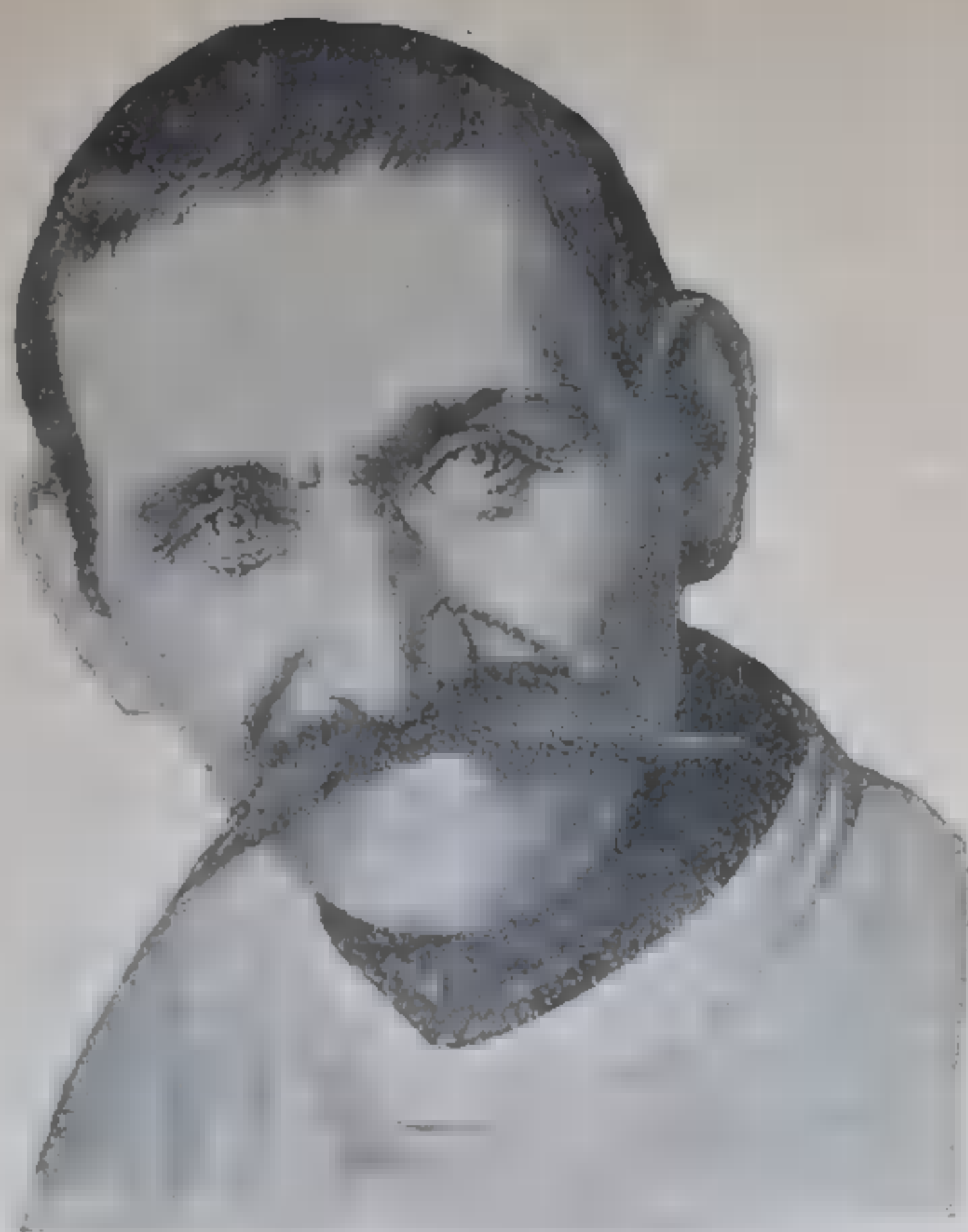


Рис. 120.

Мимика при псевдодементности.

Он называл себя «И», почти все время проводил в раскладывании коробок из-под папирс, которых он набрал великое множество; он тщательно оберегал их, не позволяя никому даже до них дотронуться; исключение делалось только для некоторых избранных, которых он особенно любил и называл самыми нежными именами. Защитный характер такого инфантилизма в ряду других психогенных реактивных состояний легко понять именно как стремление уйти от тяжелой жизненной ситуации в область психических переживаний детства, гарантирующего и безнаказанность и защиту старших.

В условиях длительного заключения, в особенности у осужденных на всю жизнь (современное советское законодательство знает только срочное заключение с изоляцией максимум до 10 лет) наиболее типичной реакцией является бред помилования. Больной начинает высказывать убеждение, что судебный процесс пересмотрен и приговор отменен, что он амнистирован, восстановлен в своих правах и должен быть немедленно освобожден. Иногда при этом высказываются бред невинности или отрывочные бредовые идеи величия и преследования. Эта реакция представляет то же явление, что и бредовые воображения Бирнбаума, развивающиеся иногда, так же как психогенные состояния, в связи с тюремным заключением. Они особенно легко возникают на дегенеративной почве, но без участия собственно слабоумия, тогда как бред помилования, описанный Рюдиным, по выражению Крепелина указывает на полное крушение личности с уходом в мир бредовых переживаний от печальной действительности. Эту форму реакции поэтому называют также пресенильным бредом помилования, так как она наблюдается к концу жизни, большая часть которой проведена в тюрьме.

Говоря о целевых установках в описываемых картинах, мы не могли не коснуться о симуляции, мысль о которой естественно, когда то или другое состояние, как будто болезненное, но в то же время с печатью чего-то искусственного, развивается у человека, ожидающего смертной казни или иного сурового наказания или уже несущего тяжелые последствия судебного приговора. Вопрос о симуляции не так прост, каким он казался в тот период психиатрии, когда она знала только выраженные болезни и ничего более. Если к описываемым в этой главе реактивным состояниям применить альтернативу: душевная болезнь или симуляция—с исключением всяких других возможностей, то конечно многие из них, как совершенно не укладывающиеся в известные схемы психозов, должны быть отнесены к симуляции, и когда не было еще достаточно сведений о пограничных и в частности реактивных состояниях, за такую они обычно и принимались. Для примера можно указать на ганзеровский симптомокомплекс, по отношению к которому после первых описаний его не сразу установилось правильное понимание, и долго еще многие психиатры считали его симуляцией или явлением, относящимся к шизофрении. Симуляция, вообще говоря, возможна, но для установления или отрицания ее всегда необходимо выяснить, что симулируется, кто симулирует и какова общая ситуация, ■ частности—каковы могут быть побудительные причины. Нельзя отрицать возможности симулирования, и довольно удачного, душевной болезни. По этому вопросу Бонгеффер высказывается в том смысле, что когда преступнику грозит смертная казнь или другое тяжелое наказание, легко можно представить себе, что он в стремлении выдать себя за душевнобольного сможет долгое время отказываться от пищи, не отвечать на вопросы, быть неопрятным и не реагировать на болевые раздражения. При наличии большой выдержки у лиц, имеющих достаточную ориентировку в психиатрии и может быть специально для этого прочитавших учебники, возможно, что в заблуждение будут введены и опытные психиатры. Нам лично известен один случай, когда русский, бывший в германском плену, симулировал там душевное расстройство и в качестве душевнобольного был перевезен в Россию. Насколько можно судить по литературным данным и в частности по наблюдениям немецкого психиатра Клинебергера, такие случаи с военнопленными офицерами бывали неоднократно. Все-таки это возможно только при исключительных условиях. Стремление симулировать может быть встречается не так редко, но здесь нужно различать два случая. Очень часто симулирование бывает так грубо и так непохоже на то, что желательно изобразить, что оно очевидно для окружающих; это сразу понимает и сам симулянт, быстро бросающий притворство как средство, оказавшееся совершенно непригодным. Так как болезнь—не случайное сочетание ничем не связанных между собой признаков, а нарушение психической деятельности, протекающее по определенным закономерностям, то удачная симуляция может быть только тогда, когда стремящийся к ней в выражениях симулируемой им болезни сможет ближе подойти или даже встать на те пути, которые служат для выявления необычайной реакции, а это может быть только в том случае, если включение их делается почему-либо особенно легким. Положение вещей

возмо
психи
повод
лежит
ные
харан
что э
мов
энцеф
тилиз
ками.
и ста
ожив
и тот
благо
шени
психи
ленно
а в о
щем
логик
только
разви
показ
часто
когда
больн
обсто
от ши
лиру
обычн
у нес
цеве,
кратн
сообщ
никог
зом с
ствен
предс
Как
возни
неуст
рой
чески
переж
совер
вещах
Т
псих
предр
очень

можно уяснить на любом примере психогенных реакций, например психическом инфантилизме, который как раз и дает очень часто повод предполагать симуляцию. В этом случае в основе несомненно лежит активирование процессов, игравших большую роль в известные периоды детской жизни, но потом заторможенных другими, характеризующими более развитую психику. Заслуживает внимания, что это растормаживание утрачивающих свою активность механизмов может притти различным путем. В главе об эпидемическом энцефалите мы познакомились с картиной постинфекционного инфантилизма, которая характеризуется теми же клиническими признаками. То же самое в сущности имеет место у слабоумных стариков и старух, впадающих в детство. Во всех этих случаях происходит оживление одних и тех же заторможенных механизмов, и если один и тот же комплекс психических явлений в одном случае развивается благодаря органическому процессу, иногда с значительными разрушениями мозгового вещества, а в другом—только под влиянием психического момента, именно желания, направленного к определенной цели, то ясно, что дело не только в желании симулировать, а в особенно легком соскальзывании на архаические пути, говорящем о каких-то врожденных особенностях, характеризующих патологию. Ясно таким образом, что хороший симулянт может быть только врожденным; иными словами симуляция как таковая обычно развивается на патологической почве. Действительно наблюдение показывает, что стремление агравировать ■ симулировать очень часто можно встретить при наличии определенной душевной болезни, когда не может иметь место целевой элемент. Даже прямое заявление больного, что он симулировал, не означает непременно, что дело обстоит именно так. Нередко такие заявления приходится слышать от шизофреников, у которых мысль о том, что они не больны, а симулируют, возникает под влиянием сознания насильственности ■ необычности их некоторых переживаний. Пример такой симуляции у несомненно душевнобольного можно видеть на докторе Керженцеве, герое пьесы «Мысль» Андреева. Нам лично приходилось неоднократно получать письма от бывших пациентов клиники, которые сообщали о своем хорошем здоровье и утверждали при этом, что они никогда не были больны, а только обманывали врачей. Таким образом существует много оснований предполагать, что симуляция в собственном смысле, которую нужно отличать от грубого притворства, представляет болезненное явление из группы психогенных реакций. Как и все остальные, эта форма реакции характеризуется тем, что возникает на патологической почве—врожденной или приобретенной неустойчивости, иногда даже определенной душевной болезни, и второй кардинальный признак—она развивается под влиянием психических факторов, какими в данном случае нужно считать не только переживания в связи с арестом и судебным делом, но и самый факт совершения преступления, в особенности если речь идет о таких вещах, как убийство.

Тюремным параноидом не исчерпываются параноидные реакции психогенного происхождения. Если в жизни человека с особым предрасположением к таким реакциям обстоятельства сложатся очень неблагоприятно, у него могут развиваться аналогичные явления,

структура которых будет меняться в зависимости и от врожденного предрасположения и от характера психической травматизации. Но так как в жизни часто имеют место не такие исключительные события, как тюрьма и арест, а менее травмирующие переживания, то в параноидных реакциях не тюремного характера в постоянно встречающейся сумме из двух слагаемых: конституция и экзогения — акцент приходится ставить на первой половине. Такого происхождения с е н с и т и в н ы й б р е д преследования К р е ч м е р а, развивающийся у сенситивных личностей с неустойчивыми эмоциями и с особенной лабильностью их в сторону тоски. Такие люди часто оказываются слабыми и по своему соматическому сложению, иногда страдают физическими недостатками; они склонны к различным сомнениям и мучительно переживают свою неполноценность. Под влиянием каких-нибудь волнений, источником которых является неблагоприятно сложившаяся внешняя ситуация, развиваются идеи отношения; при этом больным начинает казаться, что окружающие не отдают им должного, издеваются над ними; нередко бредовые идеи касаются сексуальной жизни, сравнительно часто такого рода явления наблюдаются у старых дев. Бредовые идеи и в этих случаях не отличаются особенной стойкостью: они могут даже совершенно исчезнуть или по крайней мере значительно сгладиться. Что здесь именно психогенная реакция сенситивной психики, видно из того, что ядро личности в собственном смысле не страдает и больные остаются полноценными работниками.

Еще более выражены конституциональные моменты в случае п а р а н о и д н ы х р е а к ц и й, развивающихся у лиц с особым параноидным характером, склонных к подозрительности и недоверчивости; в своем эгоцентризме и повышенной чувствительности такие люди нередко видят в самых невинных поступках несправедливое к себе отношение. На этой почве в связи с постоянным чувством напряжения, зависящим от борьбы в личности стенических и астенических моментов при неблагоприятной жизненной ситуации, может сложиться картина вполне выраженного бреда преследования. Нам пришлось наблюдать в клинике одного председателя суда, который провел ряд уголовных процессов и в частности один особенно большой и сложный; в нем фигурировала целая шайка бандитов, совершившая ряд убийств и ограблений. Эта шайка, часть которой осталась на свободе, старалась терроризовать суд, пускала ■ ход угрозы и даже делала нападения на его представителей. В результате у председателя суда появились резко выраженные страхи с постоянным ожиданием нападения, причем всюду виделись преследователи — в случайных прохожих на улице, в трамваях; ему казалось, что за ним постоянно следят какие-то люди; подозрительны ему были и некоторые пациенты клиники; вместе с тем наблюдались бессонница и отдельные слуховые галлюцинации. Через несколько недель все явления сгладились без всякого остатка. Э т и п с и х о г е н н ы е п а р а н о и д ы близко соприкасаются с паранойей, понимая ее как известное бредовое состояние, развивающееся также у лиц с паранойальным складом и также обычно в связи с каким-нибудь волнующим переживанием. При паранойе однако дело не ограничивается только психической реакцией на травми-

зирующее событие, но бред разрастается дальше в связи с паранойальным развитием личности, которое до известной степени идет своим путем.

В некоторых случаях болезненные состояния, которые несомненно нужно отнести к психогенным, развиваются под влиянием психической и з о л и р о в а н н о с т и н а п о ч в е г л у х о т ы. Это тоже бредовые состояния с тоскливо тревожным настроением, с отдельными слуховыми галлюцинациями. Больным начинает казаться, что к ним дурно относятся, смеются над ними, стараются чем-нибудь причинить вред. Бред сопровождается слуховыми галлюцинациями, возникающими отчасти в связи с глухотой и шумом в ушах. Дело может дойти до образования вполне выраженных бредовых идей преследования, например отравления, причем в качестве средства защиты возможны агрессивные действия; чаще однако поведение больных носит оборонительно-пассивный характер. Наклонности к систематизации бредовых идей не наблюдается. На эту форму психогенного параноида особенное внимание обратил Крепелин. Глухота в данном случае не является главной и единственной причиной. Как видно из исследований Мерклина, необходима predisposed почва для развития такой психической реакции, но главным моментом является изолированность от других с нарушением контактов, обеспечивающих взаимное понимание и способствующих легкому устранению различных недоразумений и подозрений. Иногда имеют значение возрастные изменения личности, так как параноиды этого типа преимущественно развиваются в инволюционном периоде. Исходным пунктом для развития бредовых явлений в этих случаях служат те или другие жизненные конфликты. Естественно поэтому, что при изменении в благоприятную сторону окружающей обстановки бредовые идеи как правило обычно смягчаются и могут совершенно исчезнуть, в особенности если больные находят участливое отношение к себе и необходимое врачебное воздействие.

Изолированность и невозможность войти в контакт с окружающими могут привести к аналогичным явлениям и без глухоты, а при наличии других моментов, создающих такую же ситуацию. Это видно например из наблюдений Аллерса, который констатировал боязливо-тревожное состояние с бредом преследования, с отказом от пищи у русских военнопленных из нацменьшинств, не знавших никаких языков кроме своего родного; перевод таких больных в другие учреждения, где нашлись люди, которые их понимали, давал быстрое успокоение и исчезновение явлений бреда с установлением критического отношения к пережитым страхам («глупым мыслям»). Можно указать и другие факты, ясно говорящие о том, что непонимание языка у человека, попавшего в чужую страну, может привести не только к недоразумениям, но и к ложным заключениям, близко стоящим к бреду. В известном рассказе В. Г. Короленко «Без языка» русский крестьянин, недавно приехавший в Америку и отбившийся случайно от своих земляков, попал благодаря незнанию языка в такую ситуацию, что дал психогенную вспышку возбуждения с идеями бреда по отношению к тем лицам, с которыми произошел ряд недоразумений и конфликтов.

Хотя значительно реже, но аналогичную картину психогенного параноида можно наблюдать в связи с потерей зрения. Нам впервые пришлось описать несколько случаев, где такое толкование генеза бредового комплекса можно было принять с полным основанием. У одной пациентки, описанной доктором М. И. Мебель, потерявшей зрение вследствие пемфигуса роговых оболочек, развилось тревожное состояние с зрительными и слуховыми галлюцинациями; она слышала голоса, которые называли ее преступницей, проституткой и грозили убить, она все время была в ожидании, что ее арестуют и куда-то отправят; вместе с тем она была очень доверчива к лицам, от которых видела внимание и желание помочь; под влиянием убеждения врачей она могла допустить, что может быть ничего страшного нет и что все это ей кажется, но, предоставленная себе, она оказывалась в полной власти своих страхов и бредовых идей. И в этих случаях причина заключается не в одной слепоте. Помимо предрасположенности к нервным заболеваниям значение имеют и возраст, так как это обычно пресениум, и ухудшение жизненной ситуации вследствие слепоты, потеря трудоспособности и изменение благодаря этому социальных отношений.

Особую группу психогенных реактивных состояний, и притом таких, в развитии которых социальный элемент имеет исключительное значение, представляют явления и н д у к ц и и, приводящие иногда к развитию целых психических эпидемий. Наиболее понятен механизм развития в случаях индуцированного бреда у душевнобольных в собственном смысле, и этим примером можно воспользоваться для выяснения сущности явления индукции в целом, без всякого отношения к психозу как к таковому. В психиатрических больницах приходится иногда наблюдать, что слабоумные больные воспринимают бредовые идеи от своих соседей, обнаруживающих обычно более яркие проявления болезни, и высказывают их как свои собственные. Конечно индуцируется не психоз в целом, а только отдельные бредовые идеи; еще менее возможно индуцирование помешательства как такового душевноздоровому. Если заболевает психически человек, находившийся в близком общении с душевнобольными, то причина не может свестись только к их влиянию. Подобно тому как это выяснено по отношению к удачной симуляции, причина кроется в предрасположенности к заболеванию, может быть даже в том, что человек уже находился на границе душевной болезни, причем влияние ярких проявлений болезни у другого больного было только последним толчком. Основным в этом случае индукции нужно считать, что результаты чужой творческой фантазии—в данном случае неважно, что она больная—принимаются в готовом виде без критики и переработки, как будто бы они были плодом собственной работы мысли. Это акцептирование чужой идеи идет не в результате воздействия на рассудок, а на чувство и воображение. Индуцируется всегда более яркий бред больного с более активными проявлениями психоза у стенической личности, высказывающейся с полной убежденностью и не задумывающейся перед тем, чтобы доказать свою правоту на деле. Существенный факт, подтверждающий наносность индуцированного бреда,—это то, что он, не имея глубоких корней в личности самого индуцированного, быстро исчезает в случае изо-

Х

ляции от источника индукции. Аналогичные явления могут иметь место и вне стен психиатрических больниц, но чаще бывает акцептирование не слабоумными душевнобольными, а здоровыми, хотя все-таки такими, у которых интеллект не особенно высок и которые к индуцирующему находятся в каких-либо особых отношениях, повышающих его авторитет и импонирующее действие его личности, это—или близкие родственники главы семьи, или его подчиненные по работе. Таким путем неоднократно возникали религиозные секты, например секта малеванцев, названных так по имени душевнобольного Малеваного, который страдал бредом величия и успел убедить в величии предстоящей ему миссии значительное количество лиц из числа своих близких и односельчан¹. Таким же путем возникла еще до войны на юге России эпидемия, охватившая довольно большое количество лиц, решивших закопать себя в землю под влиянием убеждения одного душевнобольного, проповедывавшего о скором пришествии антихриста. Аналогичен механизм акцептирования мыслей не бредового в собственном смысле характера, хотя ложных в своем существовании, например различных предрассудков, заблуждений, суеверий. Здесь роль предрасположенной почвы в особенности видна из того, что эти идеи неизвестно откуда идут, так что отпадает мысль об импонирующей роли их носителя. Индуцирующая сила конечно и не в значительности их содержания, так что остается искать ее причину в особенностях личности, которая их воспринимает и передает далее. Здесь имеют значение вера в чудесное, таинственное, желание найти что-то особенное, непохожее на неприглядную или хотя бы просто будничную действительность. Все эти моменты характеризуют более примитивную стадию развития психики, но они, как и вообще архаические переживания, в скрытом состоянии имеются и у более или менее полноценной личности; они не во всех случаях заперты одинаково глубоко, иногда они как будто совершенно атрофированы, иногда же достаточно незначительных психических влияний, чтобы сделать их активными. Большая или меньшая легкость включения архаических механизмов с пробуждением как будто отживших верований меняется не только в зависимости от человека, но и от коллектива, к которому он принадлежит, зависит от окружающей среды в самом широком смысле и от особенностей переживаемого времени. Как было установлено еще очень давно, периоды политической реакции всегда характеризовались увеличением религиозности, стремлением ко всему чудесному, таинственному, к мистицизму, теософии.

Внушаемость гораздо больше, когда человек находится в толпе. В чрезвычайно яркой форме это выступает в случаях панического страха, наблюдающегося нередко во время какого-нибудь несчастья и особенно часто наблюдавшегося во время империалистической войны в армии. Имеет значение, что волнующее внушение воспринимается не от одного человека, а от многих сразу и притом в однообразной форме. При этом происходит суммирование отдельных раздражений, и в результате такой кумуляции освобождается

¹ Сикорский И. А., Психоп. эпидемия в Киевской губ., бывшая в 1892 г., известная под именем малеванщины. Киев, 1893.

та примитивная защитная реакция страха, которая, будучи свойственна первобытной психике, сказывается и при достаточном развитии ее в особо исключительных условиях. Все перечисленные моменты в особенно ясной форме выступают при возникновении эпидемий истерии. Роль психического воздействия, оперирующего с чувством и воображением, особенно велика у тех людей, у которых соотношение между примитивной и высокостоящей психикой не в пользу последней. В этих случаях приходится констатировать, что самое психическое воздействие имеет место не между переживаниями, характеризующими высокоразвитую личность, а между теми дикими, недисциплинированными и импульсивными существами, которые живут в подсознательной сфере своей жизнью, только отчасти и до поры до времени подчиняясь воле и сознанию. Легко понять поэтому, что истерические реакции одного человека могут как бы по рефлексу вызвать такие же явления у другого, без того чтобы в этом участвовало сознание и аффект как сознательное переживание.

Индукцированные истерические реакции в особенности легко возникают у тех лиц, у которых соответствующие механизмы вследствие психопатической предрасположенности находятся в постоянной готовности; но бывают периоды или такие ситуации, когда эта готовность давать истерические реакции выявляется у целой массы лиц, составляющих один коллектив, причем конечно дело не в каких-либо врожденных особенностях или чертах психопатии. По вполне понятным причинам массовое распространение истерических явлений в форме эпидемии особенно часто наблюдалось в Средние века; при этом иногда они принимали странную форму, как например эпидемическое распространение пляски святого Витта в конце четырнадцатого и в начале пятнадцатого столетия (рис. 121), но их немало было и в наше время, особенно там, где непосредственное общение между собой большого количества лиц, как например в закрытых учебных заведениях, в монастырях, создает благоприятные условия для кумулятивного действия. То, что истерические механизмы не особенно глубоко могут быть скрыты и у современного человека, видно из эпидемии, описанной Н. П. Бруханским. Среди группы родственников и друзей одной деревенской семьи, в которой праздновалась пасха, причем почти все поголовно были пьяны, вдруг вспыхнула целая эпидемия истерических явлений. Припадок, появившийся у одной женщины, вызвал такие же явления у других. Больные, бившиеся в судорогах, выкрикивали фразы о порче и видели беса, вылетающего в трубу; последнего стали видеть и другие, не обнаруживавшие собственно припадочных явлений. Интересно отметить эту неистребимость мыслей о возможности порчи и одержимости. Союз истерички с дьяволом, оказавшийся прочным в народных суевериях и в больном воображении на протяжении целых веков, ясно говорит о том, что между верой в чорта и склонностью к истерическим реакциям существуют определенные корреляции; можно точнее сказать, что как то, так и другое характеризует более примитивную и архаическую психику. Социальные реакции, выступающие в эпидемиях истерии, в своем существе находят себе исчерпывающее

объяс-
ности
ных
в оче-
нии
механ-
менты
нима
оценк
как с
дение
бенин-
ляют
истер-
ми, и
герое
мой
легче
ные о
к это
внуш
разли
нужн
нее г
быть
а бол
обычн
друго
степен
шить
роль
окруж

Ка
паран
разви
лась
котор
ранне
до оче
довол
было
стью
нем п
оказал
новск
нило
к ши
ным ф

43 Пе

объяснение в особенностях психики больных этого рода, именно в очень легком включении у них архаических механизмов. Те же моменты приходится принимать во внимание при оценке таких явлений, как спиритизм, ясновидение, к которым особенный интерес проявляют те же больные с истерическими реакциями, играя роль главных героев или той внушаемой массы, с которой легче удаются различные опыты, относящиеся к этой области. Чтобы внушить другим веру ■ различную чертовщину, нужно или самому в нее глубоко верить или быть хорошим актером, а больные с истерией обычно совмещают то и другое. Они ■ высшей степени способны внушить себе какую-нибудь

роль и провести ее, создавая у окружающих полную иллюзию, что окружающие имеют дело с медиумом высокой силы или ясновидящей.



Рис. 121. Взято из книги E. Hollander, Die Medizin in der klassischen Malerei, Stuttgart, 1903.

38. ПАРАНОЯ

Как мы видели в главах о шизофрении и парафрениях, положение паранойи всегда было не особенно определено. В известном периоде развития психиатрии, главным образом до Крепелина, она понималась весьма широко, и к ней относились весьма многие случаи, которые впоследствии стали расцениваться как параноидная форма раннего слабоумия. Ввиду того, что последняя скоро разрослась до очень больших размеров, причем к ней стали относить случаи, довольно разнообразные по симптоматике и течению, Крепелином и было предложено выделить некоторые случаи с долгой сохранностью психической живости и известной высоты интеллекта под именем парафрений. Нужно однако сказать, что положение этой группы оказалось в такой же мере непрочным, как паранойи докрепелиновского периода или его параноидной формы шизофрении. Выяснилось, что очень многие случаи парафрении по существу относятся к шизофрении, некоторые возможно должны быть отнесены к затяжным формам маниакального состояния циркулярного психоза; нако-

нец попадают случаи, занимающие особое положение и составляющие сравнительно небольшую группу, которая заслуживает название паранойи. По определению Крепелина она характеризуется тем, что на почве своеобразного предрасположения при полном сохранении осмысленности и правильности в мышлении, чувствовании и поведении медленно развивается стойкая система бреда, представляющая переработку жизненных переживаний. Несмотря на довольно значительное иногда сходство с параноидной формой шизофрении и параноидными в группе паранойи речь идет совершенно об иных по существу картинах с иным генезом и иными психическими механизмами. Там налицо всегда имеется определенный, хотя очень медленно нарастающий слабоумливающий процесс, причем в генезе бреда главную роль играют измененные органические ощущения и галлюцинации. Бред устанавливается благодаря тому, что изменяется восприятие окружающего мира, причем деградирующий интеллект не может справиться с новыми ощущениями и галлюцинациями и допускает ошибки суждения. Для параноидных форм шизофрении типично таким образом катестезическое бредообразование, предполагающее наличие ослабления интеллекта. Существенным является при этом, что бред шизофреника не спаян органически со всей его личностью, представляется каким-то гетерогенным образованием и нередко самому больному представляется чем-то чуждым, паразитическим. При параноиде аналогичные по содержанию картины бреда развиваются как своего рода реакции болезненно-чувствительной личности на действительные события. Побудительной силой в данном случае являются не изменения в мире ощущений, а потребности чувства, благодаря чему самый генез бреда можно назвать кататимическим.

Вопросу о генезе бреда при параноиде и связанным с этим вопросам об объеме самого понятия и отграничения паранойи от других заболеваний за последние годы уделялось очень много внимания. Керер и Кречмер больше всего придают значения эмоциональным моментам и думают, что конфликты, лежащие в основе паранойи, отличаются от истерических только большей глубиной ■ затронутостью витального слоя личности, тогда как истерические протекают более поверхностно. Керер говорит также о расстройствах в области влечений личности, динамика которой определяется контрастными переживаниями, причем играют роль социальные моменты. Шульце стремится к еще большему уточнению понятия «конфликт», играющего роль в генезе паранойи. По его формулировке параноик конституирует свой бред из противоречий между стремлением к социальному включению себя в общество и к признанию ценности личности, с одной стороны, и из обусловленной болезненным предрасположением недостаточностью, обнаружившейся в жизни, — с другой.

Ланге, развивая концепцию своего учителя Крепелина, принимает наличие своеобразного, одинакового для всех случаев паранойи конституционально обусловленного характера реагирования. Роль конституциональных моментов, правда, не отрицается и другими авторами, но все же основным нужно считать особое параноидальное развитие личности с изме-

нени
цент
факу
диль
несо
тери
спра
и я
на с
лич
нов
то з
свое
повь
торы
вают
сред
стан
повь
пере
не от
досто
жизн
■ кач
подоз
ду ви
униз
на эт
симос
мере
дело
зован
нибуд
благо
циона
переж
особе
■ уси
дать
■ само
имею
но об
ниям
только
образо
■ како
Таким
для б
Галлю
в образ
зорност
подозре
знаки,
ложные
жаются
большо
сообщал
его собс
несомне
ком слу
ные спо
прежней
большо
момента

нением установок на все окружающее: самый бред при этом не является центральным, осевым расстройством, а только краевым и до известной степени факультативным, так как с изменением жизненной ситуации он может сгладиться или даже исчезнуть. В вышеприведенном определении Крепелина несомненно нужно сделать существенную поправку, именно откинув критерии стойкости, недоступность бреда для коррекции, ввиду того что, как справедливо указывают Кронфельд и В. Штерринг, эта стойкость хотя и является обычно наблюдающимся клиническим фактом, не указывает на самое существо бреда. В общем бред при паранойе складывается при наличии двух моментов: своеобразной склонности к паранойяльным установкам личности и неблагоприятной ситуации. Что касается первого момента, то здесь мы имеем людей, с юности обнаруживавших известные особенности своего психического склада в смысле большого самолюбия, эгоцентризма, повышенной самооценки, склонности к фантазии и исканию правды, у которых не все гладко и в сексуальной жизни и которые плохо приспосабливаются к окружающей жизни. Эти особенности, выделяющие больного из среды окружающих, сами по себе создают ситуацию, при которой больной становится по отношению к другим в особое положение, которое при его повышенном самомнении и чувствительности дает ему повод несколько переоценивать себя сравнительно с другими и предполагать, что ему не отдают должного, завидуют ему, стремятся так или иначе умалить его достоинства. При наличии таких особенностей психического склада, если жизненные обстоятельства сложатся не особенно благоприятно, у больного в качестве постоянных черт характера могут установиться недоверчивость, подозрительность, склонность истолковывать все особенным образом, всюду видеть несправедливость, сознательное намерение причинить ему вред, унижить, оскорбить. Очень часто болезненные явления всю жизнь остаются на этой стадии паранойяльного характера, проявления которого ■ зависимости от жизненных обстоятельств то обостряются то ■ значительной мере сглаживаются. Иногда же, при особенно неблагоприятной ситуации, дело может дойти до болезненных сдвигов в мышлении больного с образованием бредовых концепций. Исходным пунктом всегда является какой-нибудь жизненный конфликт, неудача по службе, неудачный брак, неблагоприятный исход для больного какого-нибудь судебного дела. Эмоциональная реакция, являющаяся неизбежным следствием неприятного переживания у всякого человека, в данном случае бывает обыкновенно особенно подчеркнута благодаря повышенной чувствительности и ведет к усилению в характере больного тех особенностей, которые мешают ему дать правильную объективную оценку случая. Болезненная обидчивость и самомнение часто толкают больного на различные неправильные действия, имеющие целью устранить неблагоприятные для него последствия случая, но обычно ведущие к еще более значительным недоразумениям и огорчениям для него. Вследствие этого возникшие с самого начала подозрения не только не рассеиваются, но все больше укрепляются, причем бредовым образом начинают расцениваться и события, самые незначительные и ни в какой мере не затрагивающие ни интересов ни самолюбия больного. Таким образом развивается стойкий бред, который при неблагоприятно для больного сложившихся обстоятельствах растет, как снежный ком. Галлюцинаций обыкновенно в таких случаях не бывает, и они никакой роли в образовании бреда сыграть не могут, но имеет известное значение иллюзорность восприятия. Нередко больному кажется, что лица, которых он подозревает в неправильном отношении к себе, делают друг другу какие-то знаки, шепчутся между собой. С другой стороны, большое значение имеют ложные воспоминания и ошибки памяти, благодаря которым прошлое искажается в том направлении, которое соответствует бредовым установкам больного. Например ему кажется, что факты, о которых он сам в свое время сообщал, искажены его противниками, что протокол, на котором имеется его собственная подпись, подделан и т. п. Развитие бреда требует для себя несомненно интеллектуальных изменений, часто своеобразных, но во всяком случае не носящих характера слабоумия в обычном смысле. Формальные способности интеллекта, память, соображение, критика остаются на прежней высоте, равно как сохраняется и внешняя правильность поведения больного. Благодаря всему этому больной, по крайней мере до известного момента, на всех окружающих производит впечатление вполне здравомысля-

щего человека. В воззрениях паранойки однако всегда можно констатировать ошибочность суждения, и притом в самых основных пунктах. Какой-то сдвиг в психических механизмах, делающий логику больного кривой, не дает ему возможности видеть истинное положение вещей и толкает все на новые ошибочные заключения. Этому способствуют и особое легкоеверие больных и слабость критики, обнаруживаемые ими, когда они встречаются с фактами, имеющими отношение к их бреду. Имеет значение, что такие больные всегда находят людей, сочувствующих и убежденных в обоснованности их жалоб на причиняемые несправедливости. Это обычно бывают лица, наиболее близко стоящие к больному, члены его семьи, нередко вместе с больным сделавшиеся жертвами неблагоприятной жизненной ситуации. Иногда в таких случаях можно определенно говорить об *индуцированном* бреде. Такие сочувствующие и поддакивающие больному люди часто сами отыскивают различные факты, подтверждающие предположение больного, который в этом случае и проявляет особое легкоеверие, принимая эти факты без всякой критики. Так как бред развивается всегда как реакция на тягостные переживания, источником которых может быть сама жизненная ситуация, то иногда приходится считаться с такими моментами, которые ставят больного почему-либо в особо невыгодное для него положение. Может иметь значение зависимость от других, приниженное положение, вследствие чего паранойя легче может развиваться у лиц определенных профессий. По данным дореволюционного времени картины этого рода сравнительно часто бывали у гувернанток. Шпехт относит сюда народных учителей, у которых повышенное чувство собственного достоинства, если оно наблюдается как конституциональная особенность, не находит достаточного удовлетворения в отношениях к ним окружающих (речь идет о Германии).

Для ознакомления с сущностью паранойи и с механизмами бреда-образования при ней очень интересно познакомиться с историей одного типического случая, описанного Гауппом и известного всем психиатрам под названием Fall Wagner.

Около 5 часов утра 4 сентября 1913 г. старший учитель ■ деревне Дегерлох Эрнст Вагнер убил свою жену и четырех детей, заколов их ■ сонном виде кинжалом. Прикрыв трупы одеялами, Вагнер умылся, оделся, захватил с собой три револьвера и свыше 500 патронов и отправился по железной дороге на место своей прежней службы — деревню Мюльгаузен. Там он поджег несколько зданий, а затем выбежал на улицу и, держа в каждой руке по револьверу, начал стрелять во всех встречавшихся ему жителей. В результате 8 человек были им убиты, а 12 — тяжело ранены. Только когда он расстрелял все бывшие у него наготове патроны и револьверы оказались пустыми, удалось в тяжелой борьбе его обезоружить, причем он получил столь тяжкие повреждения, что первое время казался мертвым. Ввиду странности мотивов, выдвинутых им в объяснение этого кровавого преступления, было произведено психиатрическое его испытание, которое дало такие результаты.

Вагнер оказался чрезвычайно отягощенным наследственно как со стороны отца, так и со стороны матери. В детстве он был очень чувствительным, обидчивым и самолюбивым мальчиком. Крайняя правдивость не оставляла его даже тогда, если за правду грозило ему наказание. Он был щепетильно верен своему слову. Очень рано появились у него тяготение к женщинам, богатая и неукротимая фантазия и страсть к чтению. В учительской семинарии, где он учился, его отличали духовная самостоятельность, повышенное чувство собственного достоинства, любовь к литературе и крайняя добросовестность в отношении к своим обязанностям. Рано приобрел он безнадежный взгляд на жизнь: «Самое лучшее в этой жизни — никогда не родиться, — записывает он 17-летним юношей в альбом одному своему товарищу, — но если родился, надо упорно стремиться к цели». 18 лет Вагнер попал во власть порока, который оказался роковым для его судьбы, — под влиянием повышенной половой возбудимости он начал заниматься онанизмом. Упорная борьба, которую он повел против своей слабости, оказалась безуспешной. С этого времени его чувство собственного достоинства и его откровенная правдивость получили сильнейший удар, а пессимизм и склонность к гипохондрическим мыслям — благоприятную почву для развития. Впервые личность его испытала глубокий

внутренний разлад между приобретшим стныне господство в его душе чувством вины и самопрезрения и прежним эстетизмом, влечением к женщинам и высоким мнением о себе. Он начал подозревать, что товарищи замечают его тайный порок и насмеваются над ним. Однако этот душевный конфликт не оказал заметного влияния на его успехи и внешние отношения с людьми. Он прекрасно сдал первый учительский экзамен и поступил на службу помощником учителя. Отношения с товарищами по службе у него установились хорошие: они считали его за добродушного, хотя несколько заносчивого и слишком обидчивого молодого человека. Однако вследствие своего самомнения он скоро имел столкновение со старшим учителем, вследствие чего был переведен в другое место — деревню Мюльгаузен. Связи с женщинами у него начали возникать довольно рано. Тем не менее онанизм несмотря на всю свою борьбу с этим пороком и попытки лечиться он не мог бросить даже в возрасте 26—27 лет. Больше чем за 10 лет до преступления, под влиянием винных паров, — а в это время, чтобы заглушить укору совести, он стал порядочно пить, — он, возвращаясь из трактира домой, несколько раз совершал содомистические акты. С тех пор главным содержанием его мыслей и чувств стали угрызения совести по поводу этих отвратительных поступков. Как он, человек с художественным вкусом, с высокими нравственными стремлениями, с его честолюбием и презрением ко всему неблагородному, поддался такому дикому противоестественному влечению! Страх, что его содомия будет открыта, снова сделал его чрезвычайно подозрительным, заставив боязливо, недоверчиво присматриваться и прислушиваться к лицам и разговорам окружающих. Уже имея на своей совести этот грех, Вагнер сдал свой второй учительский экзамен, причем, опасаясь быть арестованным, все время носил в кармане револьвер, — при аресте он собирался застрелиться. Чем дальше, тем его подозрительность росла все сильнее и сильнее. Мысль, что его сношения с животными подглядели, начала неотвязно его преследовать. Ему стало казаться, что все уже известно и что за ним установлено специальное наблюдение. Если при нем разговаривали или смеялись, то у него сразу возникал опасливый вопрос, не о нем ли разговор и не над ним ли смеются. Проверая свои ежедневные наблюдения и обдумывая их мельчайшие детали, он все более укреплялся в основательности таких мыслей несмотря на то, что по его собственным словам ему ни разу не удалось услышать ни одной фразы, которая бы вполне доказывала его подозрения. Только сопоставляя взгляды, мимику и отдельные движения сограждан или толкуя в особом смысле их слова, он приходил к убеждению в несомненности отношения всего этого к себе. Ужаснее всего казалось ему то, что тогда как он сам мучился жестокими самообвинениями, проклинал и казнил себя, окружающие безжалостно обратили его исключительно в предмет всеобщих насмешек. С этого времени вся картина жизни стала представляться ему в совершенно извращенном виде; поведение мирных обывателей Мюльгаузена, вовсе не подозревавших душевной драмы Вагнера, в его представлении приобретает характер намеренного над ним издевательства. Дальнейшее развитие бреда прерывается переводом Вагнера в другую деревню. Приняв перевод как наказание, он все-таки первоначально почувствовал облегчение от мысли, что его на новом месте никто не будет знать. Действительно, хотя и там в душе его господствовали глубокий мрак и тоска, однако в течение 5 лет он не замечал никаких насмешек над собой. За это время он женился на девушке, с которой случайно сошелся, женился исключительно потому, что считал невозможным отказаться от брака с забеременевшей от него женщиной. Несмотря на то, что теперь Вагнер жил уже вполне нормальной половой жизнью, подозрительность все-таки требовала пищи, и постепенно прежние опасения снова пробудились. Сопоставляя невинные замечания друзей и знакомых, он стал приходить к убеждению, что слухи о его пороках достигли и сюда. Конечно виновниками этого были мюльхгаузенцы, которым мало было самим издеваться над несчастным, а понадобилось делать его предметом посмешища в новом месте. Чувство глубокого негодования и гнева стало расти в его душе. Бывали моменты, когда он доходил до крайних степеней гневного возбуждения, и только начавшая с этого времени зреть у него мысль о мести удерживала его от непосредственной расправы. Любимым предметом его мечтаний сделалось теперь детальное обсуждение задуманного дела. План преступления в мельчайших подробностях был им разработан уже за 4 года до приведения его в исполнение. Двух целей одновременно хотел добиться Вагнер. Первой из них было полное уничтожение его рода — рода дегенератов, отягощенного

позором отвратительнейших пороков: «Все, что носит фамилию Вагнер, рождено для несчастья. Все Вагнеры подлежат уничтожению, всех их надобно освободить от тяготеющего над ним рока», — так говорил он потом следователю. Отсюда — мысль убить всех своих детей, семью своего брата и самого себя. Второй целью была месть — он собрался сжечь всю деревню Мюльгаузен и перестрелять всех ее жителей-мужчин за их жестокое издевательство над ним. Задуманное Вагнером кровавое дело сначала пугало его самого. Чтобы подбодрить себя, он разжигал свою фантазию и мечтал о величии стоящей перед ним задачи, которая обратилась теперь для него в великую миссию, в «дело всей его жизни». Он вооружился надежным оружием, в лесу научился стрелять, приготовил кинжал для убийства жены и детей, и однако всякий раз, как думал приступить к выполнению своего плана, непреодолимый ужас охватывал его и парализовывал его волю. После убийства он рассказал, как часто ночью стоял он у постели детей, стремясь преодолеть внутреннее сопротивление, и как моральная невозможность этого дела всякий раз отпугивала его. Постепенно жизнь сделалась для него непереносимым мучением. Но чем глубже становятся тоска и отчаяние в душе Вагнера, тем больше кажется ему число его врагов и тем величественнее поставленная задача. (История болезни этой части взята по переводу, приведенному в книге П. М. Зиновьева «Душевные болезни в картинах и образах».)

Для понимания сущности изменений при паранойе очень интересна дальнейшая судьба больного. После того как судом он был признан душевнобольным и невменяемым, он 6 лет пробыл в психиатрической больнице, когда был снова освидетельствован Гауптом. Оказалось, что он сохранил душевную живость и правильность поведения и не обнаруживал никаких признаков слабоумия или отупения. По всем признакам диагноз шизофрении приходилось отвергнуть самым решительным образом. Дальнейшего развития бреда не наступало и, наоборот, можно было констатировать известное ослабление его и сознание болезненности по крайней мере некоторых своих переживаний. Он заявлял врачу: «Мои уголовные действия проистекли из душевной болезни... может быть, никто больше меня не сожалеет о мюльгаузенских жертвах». Таким образом значительная часть бреда, возникшая на почве тяжелых переживаний, связанных с жизненными конфликтами, коррегировалась так, что при поверхностном знакомстве с больным можно было бы думать о полном выздоровлении. В действительности же бредовые установки остались прежними, равно как и личность сохранила свою прежнюю паранойяльную структуру. Успокоению больного и побледнению его бреда несомненно способствовали тюремное заключение и последующее пребывание в психиатрической больнице. За это время он много работал, продолжал свои прежние литературные и стихотворные опыты и в частности написал драматические произведения, в одном из которых героем вывел себя; он написал также большую автобиографию. Для понимания генеза бреда имеет значение, что главную роль играла болезненная интерпретация действительных фактов, не имевших того значения, которое приписывал им больной. Характерны следующие его заявления: «Некоторые разговоры я мог понимать так, как будто говорят обо мне, ибо бывают случайности и ни к чему не относящиеся вещи, которые, принимая во внимание некоторые обстоятельства, могут представиться имеющими значение и определенную цель; мысли, которыми полна голова, охотно помещаешь в головах других». При таком как будто критическом отношении к наиболее ярким своим бредовым

идеям он сохранил свою прежнюю подозрительность и при малейшем поводе начинал думать, что окружающие его высмеивают.

В генезе болезненных явлений в данном случае, как это вообще бывает при паранойе, имело место комбинированное действие тяжелой наследственности, относительно высокой одаренности, психических влияний, связанных с жизненными неудачами, которые особенно сильно действовали на молодого и гордого учителя. Заслуживает внимания в этом случае и наличие горделивых идей величия. В описаниях паранойи в прежнем смысле, которое можно найти в старых руководствах по психиатрии, есть указания на трансформацию бреда преследования в бред величия, которая будто бы всегда наступает в известном периоде развития. Эта трансформация в форме какого-то перелома болезни, приуроченная к определенному времени, едва ли когда-нибудь имеет место, но зерно истины в наблюдениях старых психиатров имеется. Бред величия иногда генетически как бы вытекает из бреда преследования. Очень ясно говорит об этом тот же Вагнер: «Бред величия, выступающий в моих произведениях, представляет естественную реакцию на мою депрессию».

Паранойя в том смысле, как теперь приходится ее понимать, — не частое заболевание. По Крепелину 40% всех заболеваний, характеризующихся паранойяльными симптомами, относится к шизофрении, несколько больше этого — к парафрениям, и только небольшой остаток приходится на паранойю. По Бумке этот остаток исчисляется в 3—4% всех психозов этой группы. Бумке всю группу парафрении относит (в учебнике издания 1930 г.) без каких-либо оговорок к шизофрении. Об относительной частоте паранойи и положении ее в ряду других заболеваний может дать представление следующая таблица, взятая из монографии К. Kolle (Die primäre Verwacktheit, 1932). За период 1904—1922 гг., когда Крепелин был директором Мюнхенской клиники, на 30 тысяч приблизительно поступивших больных приходилось с диагнозами:

	Мужчины	Женщины
а) Паранойя	12	4
б) Бред кверулянтов	10	3
в) Параноидные психопаты	14	11
г) Тюремные параноиды	18	—
д) Индуцированный бред	2	2
е) Алкогольный бред ревности	23	—
ж) Бред преследования у тугоухих	12	13

Большая часть, приблизительно три четверти заболеваний, приходится на мужчин. Начало болезни обыкновенно падает на возраст после 30 лет.

66 случаев Колле в этом отношении распределяются следующим образом:

Возраст	30 л.	35 л.	40 л.	45 л.	50 л.	Старше 50 л.
Число случаев	3	2	17	15	14	15

Как правило наблюдается тяжелое наследственное отягощение. Естественно поэтому, что в нервно-психической организации субъекта, заболевшего впоследствии паранойей, с самого начала

обнаруживаются черты, дающие право говорить о наличии психопатии. Сравнительно нередко отмечаются те или другие сексуальные извращения.

Течение паранойи, как мы видели на примере Вагнера, хроническое, частью постепенное, но в значительной степени характеризующееся отдельными вспышками, стоящими в связи с жизненными конфликтами.

В отдельных случаях акцент приходится ставить то на конституциональных особенностях, то на реактивных изменениях, то на болезненном развитии всей личности. Так как в сконструировании картины болезни играют роль ситуационные моменты, которые естественно могут быть очень разнообразны, то клиника паранойи, понимая ее даже в тех сравнительно ограниченных рамках, в которых понимают теперь паранойю, довольно разнообразна. Керер различные паранойяльные картины схематически сводит к следующим группам:

1) привычные паранойяльные установки (иные названия—параноические психопаты или конституции);

2) хроническая, непрогрессивная паранойя;

3) параноические реакции (параноические ситуационные психозы и фазы);

4) хроническое, параноическое развитие.

Особенности этих форм видны из самых названий. В пояснении нуждаются только две группы. Хроническая, непрогрессивная паранойя занимает промежуточное положение между конституцией ■ развитием. В этих случаях бред без дальнейшего развития, но и без коррекции остается в качестве чего-то стойкого на длительный период жизни.

По нашим наблюдениям паранойяльные картины (*paranoische Zustände* Керера) в общем с тем же по существу генезом, т. е. сводящиеся к реакции личности на жизненные переживания и к ее своеобразному развитию, могут наблюдаться на фоне и других конституций. В особенности легко представить себе развитие паранойяльных картин на фоне эпилептической или эпилептоидной психики с ее стеничностью, эгоцентрическими установками и с склонностью к застреванию отдельных мыслей, в особенности из разряда сверхценных. Такие же условия можно встретить у циклоидных личностей в пожилом возрасте. При наличии травмирующей ситуации мы видели несколько ярких случаев того и другого типа.

В прежнее время, когда паранойя понималась очень широко, различали несколько отдельных форм ее—типический бред преследования, религиозное помешательство, эротическое помешательство, бред изобретений и пр. Генеалогическое изучение указывает на их родство с парафренией и следовательно с шизофренией. Типический бред преследования ■ по клинической картине соответствует так называемой систематической парафрении. С другой стороны, не столько по клинической картине, сколько по механизму развития к паранойе может быть отнесен бред с утратой н и ч е с т в а, или бред к в е р у л я н т о в. В этом случае дело начинается с того, что больной очень болезненно воспринимает какую-нибудь действительно причиненную ему несправедливость, иногда зафиксированную постановлением суда. Он считает необходимым добиться справедливости, подает жалобы в суд, добивается разбирательства дела и, неудовлетворенный его исходом, переносит его в высшую инстанцию. Он начинает думать, что неблагоприятный для него поворот дела не случаен, а объясняется происками его недоброжелателей и прямых врагов, которые сговорились между собой, образовали целую шайку, подкупают судей, действуют на них угрозами и всячески стараются утопить больного. Все больше волнуемый неудачами и страдая при своей болезненной обидчивости от уколов самолюбия, он теряет равновесие, сам делает различные несправедливости и ошибки, которые еще больше осложняют его положение. Все время он занят своими судебными делами, носит с собой целую кипу бумаг, жалоб, копии судебных приговоров, справок. Естественно поэтому, что его материальное положение все больше страдает, так как заняться каким-нибудь продуктивным трудом он не в состоянии:

Так обыкновенно проходит вся жизнь, и только физическое ослабление и упадок энергии, приходящие с возрастом, приносят известное успокоение. Возможны однако при изменении жизненной ситуации, например при переезде в другой город, значительные, хотя и временные улучшения.

Распознавание паранойи

При отграничении паранойи от сходных по внешней форме заболеваний нужно помнить об основном в данном случае признаке—развитии бреда на почве болезненного развития личности в результате каких-нибудь тягостных для больного коллизий. Если возникают новые бредовые идеи, которые не стоят ни в какой связи с первоначальным конфликтом, то диагноз паранойи становится сомнительным и приходится думать о параноидной форме шизофрении или парафрении. Такие же сомнения должны возникать при наличии ясно выраженных галлюцинаций, особенно если они дают материал для развития бреда. Характерным для паранойи нужно считать также сохранность психической живости и правильности поведения, поскольку здесь не замешиваются бредовые установки. В особенности типично для параноиков, что несмотря на сложные и обширные картины бреда они обычно оказываются неплохими практиками и очень хорошо умеют вести свои личные дела. Это конечно говорит также о сохранности их интеллекта. Может представить известные трудности отграничение от некоторых случаев, когда также реактивно возникают бредовые идеи у психопатических личностей. Фридман и Гаупп говорят об особых легких, abortивных и излечимых формах паранойи. В этих случаях бредовые идеи преследования иногда с гипохондрическим оттенком возникают у лиц с эндогенной нервноностью под влиянием внешних моментов. Так как при этом дело ограничивается отдельными идеями и притом относящимися скорее к типу *überwertige Ideen*, а не к бреду, причем по отношению к ним скоро наступает полная коррекция, то едва ли здесь можно говорить о паранойе. Также возможно отличие от бредовых воображений дегенерантов. Сутяжный бред приходится иногда отграничивать от психопатов-спорщиков и так называемых псевдокверулянтов. В этих случаях при наличии кверулянтных наклонностей нет собственно никакого бреда. Наличие при бреде кверулянтов известного возбуждения и повышенной эмоциональности заставляет иногда подумать об отграничении от хронической мании, тем более что Шпехт склонен видеть между обоими заболеваниями и внутреннее сродство. Корни параноидального заболевания усматривают в недоверии как своеобразном смешанном состоянии из маниакальных и депрессивных моментов. Принимая во внимание условия развития бреда, отграничение вообще возможно. По отношению к бреду кверулянтов больше всего возникает затруднений в связи с тем, что отдельными своими компонентами он примыкает одновременно к разным заболеваниям. Неудивительно, что и принадлежность его именно к паранойе принимается не всеми психиатрами. Крепелин одно время считал его единственно типической формой паранойи. В последнее время он относил его к психогенным реакциям. Нам кажется более правильной первоначальная точка зрения Крепелина, на которой стоит и Бумке, тем более что параною вообще мы сближаем с психогенными реакциями на психопатической почве.

О лечении можно говорить только в смысле каких-либо паллиативных мероприятий. Полезны бывают изменение жизненной обстановки, перемена работы и места жительства. Помещение в больницу, которое иногда бывает необходимо ввиду склонности к совершению антисоциальных действий, обычно ухудшает течение, способствуя укреплению и развитию бреда. Из 66 случаев, тщательно прослеженных Колле, только в 16 оказалось необходимым длительное стационарирование.

39. ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

Каждый психиатр, если он хочет иметь успех в своей деятельности, и до известной степени каждый врач должен иметь ориентировку в вопросах психотерапии, психического лечения в широком

смысле, понимая здесь как различные специальные методы, например гипноз, психоанализ, так и создание для больного такого режима, в котором все способствовало бы увеличению положительных суггестивных моментов и исключало бы возможность психической травматизации. При большой внушаемости как душевнобольных в собственном смысле, так и невротиков и пациентов с пограничными состояниями врач, хорошо знакомый с психологией больного и методами психического воздействия, может добиться большего успеха, применяя как будто самые простые средства. Психотерапевтический момент играет большую или меньшую роль при всяком лечении, и конечно успех всех известных врачей-интернистов помимо их большого диагностического проникновения зависел в значительной мере от того, что они обладали даром вчувствования в психику больного, были психотерапевтами по интуиции. Роль суггестивных факторов в лечении вообще хотя никем не отрицается, но все же не сознается во всей полноте. Между тем можно определенно согласиться с теми врачами, которые говорят, что и действие лекарств часто сводится к внушению. Еще больше нужно подчеркивать, что нарушения принципов психотерапии в том или другом пункте, происходящие тем чаще, чем меньше врач знаком с ее основами, может причинить, и постоянно причиняет, больным очень большой вред. Неудачно сформулированный вопрос, необдуманно сделанное замечание, план лечения, недостаточно учитывающий психическую сторону, не в достаточно осторожной форме выраженный ответ на часто задаваемые больным вопросы о характере их болезни или излечимости, в особенности свидетельства о болезни, грешащие чересчур большой категоричностью и определенностью в оценке заболевания, о сущности которого название не может дать ясного представления не-психиатру, все это может быть причиной значительного ухудшения в состоянии пациента или даже появления каких-либо новых расстройств, возникших путем самовнушения, источником которых является врач, почему эти расстройства с полным правом могут называться иатрогенными. Психиатр, чтобы принести максимум пользы больному и не быть невольной причиной вреда для него, таким образом должен быть по возможности и психотерапевтом.

Сущность психотерапевтического воздействия, в какой форме оно бы ни предлагалось, сводится в конце концов к внушению. Это относится и к наиболее старому и испытанному методу—гипнозу, который долгое время был единственным и которым сравнительно до недавнего времени исчерпывалась вся психотерапия. Взяв от него самое существенное—момент суггестивности,—психотерапия под влиянием идей отдельных выдающихся представителей и творцов ее пошла до известной степени разными путями и разрослась в обширную область знания с большим количеством различных концепций генеза нервных расстройств и соответствующих методов лечения, хотя в конце концов вся она целиком выросла из одного и того же гипноза.

Гипноз

Как наблюдалось много раз в медицине, практическое применение гипноза как лечебного метода имело место задолго до того,

как
перв
взгл
кото
нерв
в та
по е
и о
част
ческ
ная
ност
бол
свои
вали
чени
была
того
магн
неве

лись
и в
дать
нять
ному
шени
тому
зани
ствен
поня
ниях
иногда
вольн
им те
сал
ц и и
Слов
у Бр
явлен
мой
много
проч

Н
разл
или
рабо
мы т
вну
и ра
кие
знач
дил
страд

как началось собственно научное изучение его сущности, причем первые попытки научного обоснования этого метода на современный взгляд едва ли могут назваться научными. Известно имя Месмера, который в XVIII столетии имел очень большой успех в деле лечения нервных заболеваний своим методом, сущность которого он видел в так называемом животном магнетизме. Эта энергия, излучаясь по его мнению из тела магнетизера, поступает в больной организм и оказывает лечебное действие. В соответствии с этим наиболее часто применяемым способом были так называемые пассы—ритмические легкие прикосновения к телу пациента ладонями рук, начиная с лица вдоль туловища и обратно. Для того чтобы дать возможность излечиться путем магнетического воздействия как можно большему количеству больных, Месмер прибегал к насыщению своим магнетизмом особых баков, к которым после того прикладывали свои руки жаждущие исцеления. Было немало случаев излечения, которые иногда казались изумительными, и слава Месмера была очень велика, хотя представители официальной науки и врачи того времени очень критически относились к учению о животном магнетизме, что и неудивительно, так как в своем существе оно было неверно.

Исцеления, которые приписывались магнетизму, в сущности объяснялись своего рода самовнушением, верой в чудесное свойство магнетизма и в самого Месмера, который, как думалось его пациентам, должен обладать им в особенно высокой степени. Излечение магнетизмом можно приравнять к тем чудесным случаям исцеления, которые приписывали чудотворному действию различных икон, или к тем случаям, где играли роль внушение и вера, что данное лицо обладает исцеляющей силой. Благодаря тому, что лечением при помощи магнетизма и изучением его первое время занимались главным образом не врачи, а иногда люди, чуждые науке в собственном смысле, люди, интересующиеся всем сверхъестественным и непонятным, иногда притом не чуждые шарлатанству,—в учении о тех явлениях, которые мы теперь относим к гипнозу, очень много было странного, иногда прямо нелепого. При всем том в этом периоде было накоплено довольно много фактов, не утративших интереса и в настоящее время, хотя им теперь дается совершенно иное освещение. Например аббат Фариа описал применяемый иногда и теперь способ так называемой *ф а с ц и н а ц и и*—смотрения пристально в глаза человеку, которого нужно усыпить. Слово «гипноз» в том смысле, в каком теперь мы его применяем, имеется у Бреда, работавшего в середине прошлого столетия. Научное изучение явлений гипноза начинается собственно со времени Шарко и так называемой *найсийской школы*, во главе которой стоял Бернгейм. Шарко очень много сделал для ознакомления с фактической стороной явлений, между прочим с особенностями, свойственными различным степеням гипноза.

Например он подробно описал признаки, свойственные трем различным стадиям, которые он различал в гипнозе: *г и п о т а к с и и*, или *с h a r m e*, *к а т а л е п с и и* и *л е т а р г и и*. Очень много работая в области истерии, для понимания явлений которой, как мы теперь хорошо знаем, громадную роль играют внушение и самовнушение, он естественно связал с истерией гипнотические явления и рассматривал их как своего рода болезненные состояния, близкие к истерии. Но как там, так и здесь он не учел совершенно значения внушения и внушаемости больных, с которыми производил гипнотические явления и которые в большинстве случаев страдали истерией. Этот пробел был восполнен Бернгеймом

и его сотрудниками, которые, возражая сторонникам Шарко, указывали, что все сводится к внушению и что так называемые фазы Шарко в значительной мере являются результатом внушений, которые больной получает во время занятия гипнозом от гипнотизера, а не теми патологическими изменениями, которые предполагал для них в организме Шарко. Схематически взгляды нансийской школы, которую в общем нужно считать победительницей, можно представить себе в такой формулировке: нет гипноза, а есть только явления внушения.

В последнее время довольно много, особенно во Франции, говорят о Куэ, куэизме или так называемой новой нансийской школе. Лозунг ее — нет внушения, а есть только самовнушение — представляет в сущности более полное раскрытие прежних взглядов на внушение. Для куэизма характерна не столько новая идеология, сколько несколько своеобразная методика психического лечения.

Явления гипноза

Хотя значение гипноза для лечения нервных расстройств сводится к внушению, роль которого как правило выступает особенно сильно, когда оно дается в гипнозе, все же оба эти понятия — не синонимы. Гипноз как метод лечения предполагает наличие особого гипнотического состояния, в которое то или другое лицо приходит под влиянием особых приемов, производимых гипнотизером. Гипнотическое состояние в свою очередь представляет особого рода сон со всеми теми признаками, какие свойственны ему как особому состоянию торможения деятельности коры полушарий, отчасти и других отделов. Это — своего рода сонное торможение, весьма близкое к обыкновенному сну и по субъективным переживаниям и по объективно констатируемым явлениям. Субъективно наступление гипнотического сна сопровождается общеизвестными симптомами общей усталости, вялости, тяжести в конечностях. Иногда, как и при обычном засыпании, вначале наблюдаются подергивания конечностей, вздрагивание всего тела. Сходство гипнотического сна с обычным сном можно видеть также в условиях наступления того или другого и в явлениях во время самого сна. В обоих случаях возникновению сна способствует утомление организма и в особенности утомление анализаторов главным образом зрения и слуха. Этим объясняется, что очень употребительным приемом усыпления является фиксация взгляда на каком-нибудь небольшом предмете — безразлично, будет ли он блестящим или нет, — например на конце перкуSSIONного молоточка, или выслушивание ритмических монотонных повторений одних и тех же формул внушения, тикания часов, звуков метронома, фарадической машины. Успеху усыпления способствуют и явления утомления в других областях, например в мышцах. Поэтому перед усыплением молоточек держат перед глазами пациента на такой высоте, чтобы ему пришлось с некоторым напряжением смотреть вверх; этому же способствует предложение при фиксации указанного предмета по возможности не мигать глазами. Конечно наступление сна в обычных условиях является реакцией на соматические изменения во всем организме, дающие субъективное ощущение утомления и все усиливающуюся потребность в отдыхе.

Но и
к нас
вести
телей
после
приго
вили
состо
того,
насту
ложит
новке
руемо
уклад
и пос
сон
а сна
прият
нуть,
дающ
сна,
творн
ных в
и дых
ной а
глубя
оба с
ния с
явлен
давне
совер
дается
рован
будто
чение
ствие
отлич
услов
тельст
щих
роль
к пос
гипно
ра п
В эти
полно
мира,
Но и
сна.
матери
больш

Но изучение нервной физиологии с несомненностью указывает, что к наступлению известного физиологического состояния могут привести совершенно различные пути. В частности в опытах исследователей школы Павлова сон, который наступал у собаки сначала только после впрыскивания морфия, в дальнейшем появлялся уже после приготовлений к этому или даже только после того, как собаку ставили в станок. Таким образом сон как особое физиологическое состояние может развиваться по механизму условного рефлекса после того, как организм поставлен в условия, обычно сопровождающие наступление сна. Подобно тому как человек легче засыпает, когда ложится спать в определенное время и в привычной для него обстановке, так и гипнотический сон легче наступает, когда гипнотизируемого помещают в наиболее удобное для засыпания положение, укладывают на кровать или удобное кресло, устраняют всякие шумы и посторонние раздражения. В связи с этим обычно гипнотический сон легче наступает, когда вызывается не сразу сон как таковой, а сначала внушаются ощущения, связанные с засыпанием, — усталости, приятного утомления во всем теле, непреодолимое желание отдохнуть, заснуть. Этим же объясняется, что у лиц, плохо вообще поддающихся усыплению, иногда удается сравнительно легко добиться сна, если незадолго до сеанса гипноза дать небольшую дозу снотворного. Сходство со сном можно видеть в более или менее аналогичных в обоих случаях изменениях мускулатуры, деятельности сердца и дыхания, а также в психических переживаниях и в последовательной амнезии, которая как там, так и здесь бывает тем глубже, чем глубже самый сон. К числу психических особенностей, сближающих оба состояния, нужно отнести явления гипермнезии, обострения способности воспроизведения прошлых переживаний. Известно явление, что в своих сновидениях человек очень часто видит картины давнего прошлого, иногда свои переживания в детстве, о которых совершенно не помнит в состоянии бодрствования. Это же наблюдается и при гипнотическом сне, во время которого от загипнотизированного можно получить много сведений о переживаниях, как будто бы совершенно забытых и, что имеет особенно большое значение для терапии, о переживаниях, вытесненных из сознания вследствие тяжелых психических травм. В общем гипнотический сон отличается от обычного не столько по своему существу, сколько по условиям своего возникновения. Но однако именно последнее обстоятельство является причиной значительных особенностей, отличающих оба сна друг от друга. То, что в возникновении сна играла роль другая личность, ставит загипнотизированного по отношению к последней в особые условия. Как принято говорить, между гипнотизером и загипнотизированным устанавливаются отношения раппорта, которые сохраняются даже при глубоком засыпании. В этих случаях загипнотизированный, утратив более или менее полностью способность воспринимать впечатления из окружающего мира, сохраняет ее только к тому, что исходит от гипнотизера. Но и в этом нет ничего принципиально отличного от обычного сна. Аналогичный раппорт существует например между спящей матерью и ее ребенком. Она может продолжать спать несмотря на большой шум вокруг, производимый другими людьми или даже

машинами, но просыпается от малейшего крика своего проснувшегося ребенка. Как характерный признак гипнотического раппорта нужно рассматривать особое отношение загипнотизированного к внушениям гипнотизера. Для гипнотического сна характерно состояние повышенной внушаемости. Оно, вообще говоря, естественно ввиду лежащего в основе такого сна торможения коры полушарий и вытекающего отсюда выпадения тормозящего действия коры, которое она оказывает при обычных условиях на известные физиологические процессы и связанные с ними переживания. Внушаемость человека, находящегося в гипнотическом сне, повышена, но это относится только к внушениям, идущим от того лица, которое его загипнотизировало и с которым он находится в раппорте. Эта внушаемость, до известной степени стоящая в связи с глубиной сна, распространяется на различные процессы ■ прежде всего на явления чисто физиологического порядка. В некоторых случаях как одно из проявлений более глубокого сна наблюдается мышечное напряжение, благодаря которому рука загипнотизированного, поднятая гипнотизером, не падает сразу, как плеть, а остается висеть в воздухе или только медленно опускается вниз. Такое мышечное напряжение или, наоборот, полное расслабление может быть достигнуто и путем внушения в гипнозе. Возможно путем внушения добиться изменения ширины зрачков. Возможность резких изменений в вегетативных процессах ■ особенности видна из тех не частых, но точно установленных фактов появления красноты и даже пузырей, вполне соответствующих тому, что наблюдается при ожоге, только от того, что загипнотизированному было внушено, что ему положена мушка на определенное место кожи, тогда как в действительности на это место был положен только липкий пластырь. Внушаемость в очень ясной форме может сказаться по отношению к интеллектуальным переживаниям: например легко могут быть внушены зрительные, слуховые или комбинированные галлюцинации; загипнотизированному может быть внушено, что перед ним благоухающая роза, которую в своем воображении он может взять в руки и обонять ее аромат. Видя внушенные устрашающие картины, например диких животных, загипнотизированный может обнаружить и соответствующие эмоции, хотя обычно внушаемые переживания не носят характера полной реальности. Это в особенности относится к так называемым отрицательным галлюцинациям, когда субъекту внушается, что он не видит предметов или лиц, в действительности находящихся ■ комнате. Хотя загипнотизированный обычно подтверждает, что он не видит тех или других предметов, но в то же время обходит их и не натывается на них, если его заставить ходить по комнате.

Большой интерес и еще большее практическое значение имеет возможность влиять путем внушения на волю и поведение загипнотизированного. В более простых случаях можно внушить ему совершение тех или других действий во время самого сна, например заставить хлопать в ладоши, взять какой-нибудь предмет со стола, надеть на голову не принадлежащую ему шляпу. Но возможны и так называемые постгипнотические внушения, когда внушенное действие выполняется спустя более

или
амне
ни е
ванн
хлоп
вну
рова
шен
лени
отно
или
о во
в ги
отно
таль
оста
под
лось
жием
псих
щего
сдел
впол
случ
Нел
здат
но н
лова
отно
полс
прот
жела
вани
сове
в эт
боле
стве
скол
С
в ви
поня
лич
ноти
с по
и и
нерв
вляе
щен
тем
боль
гипн

или менее долгое время после пробуждения, причем в силу принципа амнезии может совершенно не помниться ни самый факт внушения, ни его содержание. Например после пробуждения, загипнотизированный на вопрос о его самочувствии, к своему удивлению начинает хлопать в ладоши, не помня, что именно так поступить ему было внушено. Нужно иметь в виду, что собственная воля загипнотизированного не является совершенно уничтоженной и оказывает внушению более или менее значительное сопротивление, для преодоления которого нужны известные усилия гипнотизера. Особенно это относится к совершению поступков, противоречащих приличиям или убеждениям загипнотизированного. С этим стоит в связи вопрос о возможности совершения преступлений под влиянием внушения в гипнозе. Ввиду большого практического значения этого вопроса относящиеся к нему явления были предметом изучения и экспериментальных исследований в ряде работ, хотя многое в этом отношении остается все же неясным. Возможность собственно преступлений под влиянием гипноза сомнительна, хотя в экспериментах и удавалось добиться покушения на убийство, хотя бы с бутафорским оружием. Заслуживает внимания эксперимент, произведенный венским психиатром Вагнером фон Яурег, где под влиянием соответствующего внушения, сделанного в гипнозе, была произведена попытка сделать выстрел в человека, на которого было указано; осталось не вполне выяснено, знало ли лицо, которому было сделано в данном случае внушение, что пистолет был не заряжен настоящим образом. Нельзя отрицать, что путем гипнотических внушений можно создать обстановку, благоприятную для преступлений на половой почве, но нужно иметь в виду, что громадное большинство случаев изнасилования якобы в состоянии гипноза требует к себе критического отношения. Обычно в этих случаях приходится считаться с тем, что половая активность одной стороны не встречала достаточного сопротивления с другой или даже находила хотя бы не сознаваемое желание насилия. В немалом числе случаев ближайшие расследования открывали прямой шантаж. Нельзя отрицать возможности совершения преступлений одним лицом под влиянием другого, но в этих случаях налицо оказывается подавление одной воли другой, более сильной, своего рода моральное порабощение, причем собственно гипнотические воздействия, если они и были, едва ли имеют сколько-нибудь серьезное значение.

Описанные свойства гипнотического состояния, особенно имея в виду характерную для него повышенную внушаемость, делают понятным возможность применения его с пользой при лечении различных болезненных состояний. Прежде всего имеет значение гипнотическое состояние само по себе. Представляя своего рода сон с полным выпадением или по крайней мере ослаблением темпа и интенсивности деятельности известных отделов центральной нервной системы, до известной степени всего организма, оно оставляет после себя общее значительное успокоение с субъективным ощущением улучшения и отдыха. Степень этого успокоения обыкновенно тем больше, чем выше интенсивность и продолжительность сна. Еще большее значение имеет, когда к этому успокаивающему действию гипноза присоединяется эффект суггестивных воздействий. Если по-

следние могут влиять на вегетативные процессы и на течение психических явлений, то конечно они могут быть использованы для полного изменения таким путем в благоприятную сторону самочувствия и устранения нарушающих его болезненных симптомов. Отсюда терапевтическое применение, область которого довольно обширна и не ограничивается группой заболеваний, в генезе которых лежат исключительно психические моменты. Психозы в собственном смысле, как ясно из сказанного, не могут считаться той областью, в которой применение гипноза является особенно целесообразным и обещает особенно большие результаты. В некоторых случаях, например при шизофрении, оно может принести даже определенный вред, так как, не будучи в состоянии изменить что-нибудь в существе болезни, может дать лишний материал для построения бреда преследования, тем более что бред физического воздействия и бред гипнотического влияния представляют нередкое явление во многих случаях этой болезни. При органических заболеваниях у больных, сохранивших более или менее сознательность, возможно добиться некоторого временного улучшения отдельных симптомов, хотя последнее может иметь скорее теоретическое значение, служа для характеристики гипнотического состояния, и не дает права рассматривать гипноз как лечебное средство в этих случаях.

Были настойчивые попытки лечения гипнозом циркулярного психоза, главным образом депрессивных состояний, но они не давали особенно ободряющих результатов. О более или менее значительном успехе можно говорить только по отношению к легким депрессиям, в особенности к таким, в генезисе которых отмечаются психические моменты. Наиболее подходящими для гипнотического лечения являются различные невротические состояния и наркомании. В первой группе особенно поддаются лечению отдельные истерические симптомы, истерические параличи, контрактуры и спазмы, отчасти истерические припадки, икота, рвота, бессонница, различные страхи и боли, в меньшей степени это относится к отдельным симптомам при неврастении и психастении; мало поддаются гипнотическому воздействию навязчивые идеи при психастении, хотя некоторые другие невротические симптомы у больных этого рода нередко уступают такому лечению довольно хорошо. Как о самом существенном, нужно помнить, что гипнозом устраняются, и притом очень часто только временно, отдельные симптомы, тогда как основной фон и ближайшие механизмы, приведшие к ним, остаются без изменений. На гипнотическое лечение нельзя таким образом смотреть как на метод радикального излечения болезненных состояний. Это только вспомогательный прием, имеющий значение вместе с другими при условии проведения общего плана лечебных мероприятий, преследующих цель изменения основного фона и устранения вызвавших болезненные явления причин. Такое же значение имеет гипноз при лечении наркоманий, в частности алкоголизма. В периоде абстиненции он может, устраняя такие отдельные проявления ее, как бессонницу, рвоту, дурное самочувствие, очень помочь пережить этот тяжелый период, в дальнейшем соответствующие внушения могут весьма помочь в отвыкании от привычного и ставшего до известной степени необходимым раздражителя. Гипноз может

быть полезен для устранения тяжелых болей, в особенности если в происхождении их играют роль психические моменты. В этом нет ничего удивительного, если вспомнить, что так называемое заговаривание, в народных повериях считавшееся очень действительным средством лечения болей, равно как и кровотечений, имеет в основе то же внушение. Гипноз с этой стороны пользуется большим вниманием у хирургов и гинекологов. Оказалось вполне возможным обходиться совершенно без наркоза или только с применением самых незначительных количеств наркотических при производстве серьезных и продолжительных операций. Это удается в очень многих случаях, если пациента непосредственно перед операцией усыпить и внушить нечувствительность к боли. Точно так же совершенно без боли удается иногда провести родоразрешение.

Техника и основные принципы гипнотерапии

Гипноз является терапевтическим средством очень большого значения и заслуживает самого большого внимания со стороны врачей, и не только одних психиатров. Применение его совершенно безопасно и в достаточной степени просто при том однако условии, что проводящий его врач должен быть не только хорошо знаком с его основами, но иметь достаточную общую ориентировку в психотерапии вообще и психопатологии. Это необходимо не потому, что самая техника этого вида лечения представляет большую сложность, наоборот, она очень проста; знание общей психиатрии и психотерапии чрезвычайно важно для выработки более подходящего психотерапевтического метода, а это возможно только, если врач не является гипнотизером того типа, которые владеют только самыми общими представлениями о гипнозе и некоторыми техническими приемами, применяя их во всех случаях. Гипноз представляет средство большой ценности только тогда, когда применяется в подходящих случаях и с полным знанием дела. Последнее является необходимым условием еще и потому, что только оно может дать врачу, занимающемуся гипнозом, полную уверенность в своих действиях. От гипнотизера не требуется, как думали раньше, каких-то особенных свойств характера и внешних особенностей, но спокойствие и уверенность в правильности того, что делается, совершенно обязательны, а они возможны только при наличии большой специальной компетенции. Последняя в особенности необходима при различных осложнениях, которые всегда возможны, например при появлении истерического припадка в периоде засыпания или после сеанса, при наступлении вместо гипнотического — обыкновенного сна, при наступлении затемнений сознания болезненного характера и т. п. Следует запрещать заниматься гипнозом для развлечения или с целью лечения лицам совершенно или очень мало знакомым с гипнозом и психотерапией. Неумелое проведение гипноза, в особенности у лиц возбудимых и внушаемых, может очень ухудшить состояние, вызвать истерический припадок и т. д. Самые сеансы гипноза нужно как правило проводить в присутствии третьего лица, лучше всего врача. Это требуется в интересах врача и в интересах пациента в особенности при очень преувеличенных представлениях о том, что во время

гипноза гипнотизируемый целиком поступает в распоряжение гипнотизера. При таких условиях отпадает также возможность говорить о каких-нибудь злоупотреблениях врача своим положением.

Очень важно для успеха лечения, чтобы с самого начала все было гладко, для чего первый сеанс в особенности нужно обставить так, чтобы все способствовало успеху. Кроме покойной и удобной обстановки нужно позаботиться об устранении посторонних шумов. Имеет значение, чтобы, приступая к сеансу, пациент не был особенно утомлен или чем-нибудь взволнован. В этих случаях ему нужно дать предварительно отдохнуть и успокоиться. Перед сеансом следует в немногих словах ориентировать пациента о сущности гипнотического лечения и о том, что оно ему лично может дать. Нужно просить пациента, чтобы он по возможности сосредоточил свое внимание на том, что ему будет говорить гипнотизер, не отвлекаясь в сторону. В большинстве случаев достаточно следующих словесных внушений покойно лежащему с закрытыми глазами пациенту: «вы чувствуете общее приятное утомление, у вас тяжелеют конечности, ни о чем не хочется думать, все больше чувствуется утомление и желание заснуть, вы засыпаете». Для усиления суггестивного действия иногда полезно положить ладонь на лоб пациента. Слова внушения следует произносить ровным, спокойным голосом, повторяя их с некоторыми паузами в одной и той же или несколько изменяемой форме. В общем внушения не должны быть многословны и должны быть изложены в ясной понятной форме, не требующей напряжения для своего понимания. Наступление сна заметно по изменению ритма дыхания и деятельности сердца, по изменяющемуся выражению лица, ■ котором уменьшается или совершенно исчезает напряжение, свойственное состоянию бодрствования. На более глубокое засыпание указывают такие явления, как мышечное напряжение, благодаря которому пациент остается совершенно неподвижным, причем наблюдается картина, сходная с восковой гибкостью. Более глубокое засыпание характеризуется также податливостью к внушению. Собственно терапевтические внушения следует начать делать тогда, когда с несомненностью обнаруживаются явления засыпания. Начав их, нужно предупредить пациента, что он будет продолжать оставаться в состоянии сна, который чем дальше, тем будет делаться глубже. Такое предупреждение полезно сделать и по отношению к следующим сеансам, сказав, что с каждым новым сеансом сон будет наступать скорее и будет более глубок. Следует начинать с внушений самого общего содержания, которыми для первого сеанса следует и ограничиться: «самочувствие ваше все будет улучшаться, силы будут крепнуть с каждым днем, сон будет глубокий и спокойный каждую ночь» и т. п. В дальнейшем вместе с внушениями этого рода делают и такие, которые направлены и против болезни, точнее сказать, против отдельных симптомов. Содержание этих внушений естественно определяется характером болезни и особенностями симптоматики. Нередко при внушениях самого общего характера наблюдается ступеневывание того или другого из симптомов, имеющих большое значение в картине болезни. Это дает возможность видеть, в каком направлении внушаемость особенно сильна. Это дает также опорные пункты для составления плана гипнотического лечения, который удоб-

нее
де в
Пер
ния
I
особ
ным
исп
шат
I
наст
мно
доб
вис
осве
име
соп
встр
явл
гип
сти
пол
и со
того
тем
вост
ност
кото
бол
вну
нер
гип
про
стей
обы
про
еще

бол
ноз
стви
кол
При
ско
тов,
выч
дол
и те
ноз
инд
лик

нее всего конструировать таким образом, чтобы внимание прежде всего было направлено на легче устранимые болезненные явления. Первый успех поднимает у пациента веру в избранный метод лечения и помогает легче справиться с наиболее упорными симптомами.

При лечении наркоманий помимо внушений общего характера особенно настойчиво внушается, что настроение всегда будет спокойным, ровным, без приступов тоскливости, благодаря чему не будет испытываться нужды в искусственном возбуждении; полезно внушать также отвращение к вину или другим наркотикам.

В смысле большей или меньшей податливости к внушениям и к наступлению самого гипнотического состояния наблюдается очень много индивидуальных отличий, но у большинства больных можно добиться более или менее глубокого сна, причем много конечно зависит от уверенности врача, являющейся результатом теоретической осведомленности и большого практического опыта. Всегда нужно иметь в виду, что придется считаться с более или менее значительным сопротивлением со стороны больного, хотя тот идет как будто навстречу врачу; многие больные иногда с некоторым торжеством заявляют, что они совсем не спали, все слышали и вообще не поддаются гипнозу, но этими заявлениями смущаться не следует. Если не достигается более глубоких фаз, для терапевтических внушений можно пользоваться самыми начальными явлениями сна, общим успокоением и сонливостью. Многие врачи принципиально считают излишним для того, чтобы сделать больному внушение, добиваться глубокого сна, тем более что между глубиной сна и большей или меньшей податливостью к внушениям и в особенности прочностью их и продолжительностью их действия нет параллельности. Наконец есть терапевты, которые совсем не прибегают к усыплению, а только укладывают больного в покойное положение, просят его закрыть глаза и делают внушение. Это не будет собственно гипнозом, но действие внушения нередко оказывается очень значительным и в этих случаях. Сеансы гипноза повторяются с известной частотой в течение всего курса, продолжительность которого варьирует в зависимости от особенностей заболевания. Первое время сеансы делаются раза два, после — обыкновенно раз в неделю. По устранении тех болезненных симптомов, против которых было направлено гипнотическое лечение, делают еще 2—3 сеанса для закрепления хорошего состояния.

Успеху гипнотического лечения содействуют взаимные внушения больных, в особенности если больной, приступающий к лечению гипнозом у определенного врача, видит на других пациентах его действительность. Такие свойства особенно ясно выступают в сеансах коллективного гипноза, который часто применял В. М. Бехтерев. При этом внушения и в смысле усыпления и собственно терапевтического характера делаются сразу довольно большой группе пациентов, среди которых имеются уже и лечившиеся известное время и привычные к гипнозу и только что приступающие к нему. Конечно группа должна быть так подобрана, чтобы ко всем членам ее подходили одни и те же формулы. Естественно, что группу для коллективного гипноза легче подобрать не из невротиков, у которых всегда очень много индивидуальных отличий, а из наркоманов, в особенности алкого-

Принимая во внимание все, что было сказано выше о сущности гипнотического состояния и о действиях внушений как на вегетативные процессы, так и на течение психических явлений, нужно было бы ожидать, что гипноз должен быть очень действительным средством при лечении различных невротических расстройств, а между тем все же роль его здесь очень ограничена. В лучшем случае с помощью его удастся устранить отдельные симптомы болезни, и то большей частью временно. Это объясняется конечно тем, что симптомы, хотя бы доминирующие над всем, иногда даже являющиеся единственным предметом страданий и жалоб больного, действительно органически связаны с изменениями основного психического фона, сдвигами во всей психической личности. Одно устранение симптома без устранения причины болезненного расстройства и без приведения к норме нарушенного психического равновесия не может поэтому считаться собственно лечением. Естественно, что подавленный на время симптом через известное время снова дает знать о себе, если остались неустраненными вызывающие его причины. Гипноз поэтому может считаться заглушающим методом, лишенным элементов радикального лечения. Некоторые психотерапевты утверждают кроме того, что внушение, которое лежит в его основе, является по своему существу иррациональным фактором, так как имеет дело с моментами, которые трудно в точности учесть и которые, относясь главным образом к подсознательной сфере, для самого пациента представляются чем-то мало доступным пониманию. Гипноз вследствие этого не создает таких условий, которые дают возможность проявить свою активность воле и сознанию самого пациента. Сдвиги, произведенные внушением и не закрепленные изменившимися психическими установками, которые остаются в прежнем виде, легко могут свестись на-нет различными другими внушениями, вследствие чего болезненные явления возвращаются в прежнее состояние. Из стремления, с одной стороны, устранить из психического лечения все эти иррациональные моменты и, с другой, — положить в основу его активную работу по изменению всех психических установок, в которой принимает участие и сам больной, и возникла так называемая **рациональная психотерапия**. В разработке ее приняло участие большое количество исследователей, творческая мысль которых пошла по различным направлениям. Каждое из них исходило из особой концепции структуры психической личности, движущих ее мотивов, особенностей генезиса болезненных явлений. Очень много было сделано французскими психопатологами Жане, Дежеринем, Дюбуа и другими. Жане, монография которого о психастении стала классической, основным в генетическом отношении считал чувство недостаточности, являющееся причиной различных невротических наслоений, и чувство утраты реального. Для французских психотерапевтов характерна вообще некоторая гипертрофия внимания к интеллектуальной стороне психических явлений и в связи с этим чрезмерный интеллектуализм в воззрениях на основные принципы психотерапии. В особенности типично это было для Дюбуа и его метода лечения разъяснением и разубеждением. По взглядам этого направления первичным является некото-

рая сл
 рассу
ний. С
каждо
больно
пройти
ся от с
ности;
мать п
и смо
дилось
и убеж
ний. З
критич
ставле
щего о
в рука
форме
стреми
Прежд
как та
врача
потому
мание
Рассуж
как пр
бежден
нии бо
гими п
нозом.
с одной
значени
пациен
психоте
нальной
к разум
В даль
тенденц
терапев
щих ус
пии нау
давно с
только
и своди
дам, ме
новке п
яснилас
лечения
дражени
болезне
ного не

рая слабость суждения, не дающая возможности вполне логически рассуждать и делать правильные выводы из несомненных положений. С этой точки зрения невроз основывается на характерном для каждого отдельного случая логическом заблуждении. Например больной, страдающий страхом высоких мест, боящийся в связи с этим пройти по мосту, по мнению Дюбуа потому не может освободиться от своего страха, что недостаточно ясно убежден в его бессмысленности; если же ему помочь в этом отношении и вместе с ним продумать положение до конца, он иначе будет относиться к своим фобиям и сможет преодолеть их. Практически лечение у самого Дюбуа и сводилось к беседам с больными о сущности их болезненных явлений и убеждению в том, что причина их кроется в болезненном воображении. Задача психотерапевта таким образом в развитии дремлющей критической способности больного, в разрушении ошибочных представлений и выработке правильного взгляда на вещи, гарантирующего от возможности рецидивов. Этот метод оказался в особенности в руках самого Дюбуа очень ценным. Но в первоначальной своей форме он все же не достигал вполне той цели, к которой должна стремиться рациональная психотерапия в собственном смысле. Прежде всего он не устраняет иррациональных моментов в внушении как такового. Если больной в результате диалектической работы врача освобождался от своих невротических расстройств, то едва ли потому или только потому, что у него развивалось более ясное понимание неосновательности своих страхов и критическое отношение. Рассуждения врача в значительной мере несомненно воспринимаются как прямое внушение. В этом смысле лечение рассуждением и разубеждением в известной своей части является тем внушением в состоянии бодрствования, которое, как мы говорили выше, проводится многими психотерапевтами в обстановке, в которой обычно лечат гипнозом. Конечно это лечение, равно как и гипноз, имеет дело не только с одной интеллектуальной стороной, но и с эмоциональной. Имеет значение и личность врача и чисто субъективное отношение к нему пациента. Но все же Дюбуа своей работой дал толчок к созданию психотерапии, которую с полным основанием можно назвать рациональной, не только в смысле рационалистической, апеллирующей к разуму (ratio), но и в смысле ее обоснованности, целесообразности. В дальнейшем развитии психотерапии все больше наметилась тенденция уйти от идеалистических позиций вышеупомянутых психотерапевтов, рассматривающих человека вне зависимости от окружающих условий, хотя к правильному пониманию существа психотерапии научная мысль пришла длинным и извилистым путем. Довольно давно стали обращать внимание, что психотерапия не должна быть только своего рода борьбой личности врача с личностью пациента и сводиться только к индивидуальным психотерапевтическим беседам, между которыми больной живет в прежних условиях, в обстановке привычных раздражений, идущих из окружающей среды. Выяснилась с очевидностью необходимость удалить пациента на время лечения из прежней обстановки, для того чтобы избавить его от раздражений, которые сыграли ту или другую роль в происхождении болезненных явлений. Оказалась полезной полная изоляция больного не только от прежних раздражителей, но даже по возможности

вообще от внешних впечатлений. В особенности выяснилось это по отношению к истеричкам, которых и в больнице стали отделять друг от друга, помещая каждую в особые кабинки. Что раздражения, идущие из окружающей среды, играют роль не только в происхождении болезненных расстройств, но и в том, как идет дело лечения, ясно стало еще Дежерину и Гоклеру, которые констатировали, что лечение невротиков идет более успешно в обстановке больницы, а не в амбулаторном порядке. Исходя из мысли о возможности благоприятного воздействия больных друг на друга, они указывали и на необходимость создания для них благоприятной среды, в которой было бы значительное количество пациентов, более или менее полностью освобожденных от своих болезненных явлений. Как давно стало ясно психотерапевтам, при лечении всегда приходится считаться с сопротивлением, которое оказывают больные всяким лечебным воздействиям. Первое время причину этого искали только в личности самого пациента, в слабости интеллекта, в чувстве собственной слабости и неполноценности, не дающих возможности быть особенно активным в преодолении внутреннего сопротивления. Как стало яснее в более позднем периоде развития, имеет значение не столько абсолютная слабость личности пациента в том или другом отношении, сколько недостаточность ее по отношению к тем жизненным задачам и той ситуации, в которую личность поставлена. Под влиянием тяжелых жизненных переживаний при наличии невыносимого положения, с которым не может примириться сознание без ущерба для единства личности и которое последняя не может изменить или по слабости своих сил или вследствие особенностей жизненной ситуации, появление тех или других нервных явлений психологически вполне понятно, оно представляет своего рода средство защиты. С полным правом поэтому можно говорить о бегстве в болезнь как средстве избавиться от невыносимого положения. Например страх пациентки оставаться одной или невозможность ходить без посторонней помощи может иметь в основе объяснимое реальными фактами опасение лишиться поддержки любимого человека. Болезненные симптомы в этом случае связаны с несознаваемой самой пациенткой тенденцией привлечь к себе внимание и удержать при себе этим путем, если другие не смогут привести к этой цели. С точки зрения нервной физиологии невротические симптомы—это своего рода условные рефлексy со всеми свойственными последним механизмами развития. Почему в том или в другом случае развились именно определенные симптомы в ответ на внешние раздражения—в связи с неприемлемой для психики ситуацией, это объясняется предшествовавшими свойствами и содержанием психики, т. е. особенностями анализаторов, характером предшествовавших переживаний и особенностями последних в тот момент, когда внешние раздражения оказались настолько сильны, что дали не вполне обычную реакцию. Но если уже эта реакция с образованием определенных невротических симптомов имела место, она связана с определенным изменением в течении процессов нервного возбуждения и с образованием в соответствующих отделах очагов повышенной возбудимости—более или менее устойчивых доминант. Чем длительнее будет действие тех же моментов и чем ближе будут по своему характеру новые раздражения к тем,

кото
зафи
разд
же б
тера
псих
нове
меха
кото
нате
прих
ния
явле
кото
мина
лизс
и, п
разд
изме
мы,
треб
свое
авто
счит
вити
ческ
нерв
ленн
пола
устр
ност
невр
лич
изме
для
нием
лож
ност
буде
стоя
инст
не с
ненн
это
обес
ны с
важ
цели
впер
цино
могл

которые дали невротическую реакцию, тем больше последняя будет зафиксирована. Вместе с тем все больше будет расширяться круг тех раздражений, которые становятся субдоминантными и дают всю ту же болезненную реакцию. При таких условиях понятно, что психотерапевтические мероприятия должны встречать сопротивление в психике больного, которое будет тем больше, чем в большей неприкосновенности остаются условия, приведшие к сдвигам в психических механизмах, иными словами—к созданию доминант, существование которых нарушает правильность течения психических процессов. Понятно с этой точки зрения, что с этим сопротивлением особенно приходится считаться при гипнотическом лечении и при методе лечения убеждением в его чистом виде. Принимая во внимание сущность явлений, единственно рациональными могут считаться те методы, которые стремятся противопоставить действию образовавшихся доминант новые устойчивые и более сильные доминанты, которые парализовали бы действие нежелательной, так сказать, минус доминанты и, притягивая к себе вновь поступающие из окружающей среды раздражения, направили бы нервное возбуждение по другим путям, изменяя таким образом движущие пациентом психические механизмы, его отношение к окружающему и все поведение. Такая работа требует конечно радикальных изменений всей психической личности, своего рода психоортопедии, перевоспитания. Многие авторы, например Кауфман, психоортопедическую работу этого рода считают терапией воспитания, особым методом. Поскольку для развития невротических состояний имеют большое значение общее физическое ослабление, нервное истощение и переутомление, делающие нервную систему более ранимой, имеют значение физическое укрепление и отдых—le lit et le lait Дежерина, но психическое лечение предполагает изменение самых основ психической жизни, полное переустройство личности с изменением всех жизненных установок. Сущность лечения сводится к тому, чтобы лежащие в основе каждого невроза неблагоприятные для больного отношения между двумя величинами, личностью и положением, которым она должна владеть, изменить в свою пользу. Важно, чтобы перед больным была ясная для него и достижимая цель. При такой ситуации, когда перед сознанием больного не открывается никакого выхода из создавшегося положения, когда для него получается впечатление полной безнадежности, работе психотерапевта грозит полная неудача. Больной не будет чувствовать в себе достаточно сил, чтобы идти на преодоление стоящих перед ним затруднений, он не в состоянии будет побороть инстинктивного страха перед жизнью и работой в ней, так как она не обещает ему ничего кроме неудач. Необходимое условие—изменение окружающей обстановки и жизненной ситуации, поскольку это возможно. Если даже объективное положение не таково, чтобы обеспечить сколько-нибудь значительный успех в работе, то возможны сдвиги в этом отношении в психологии больного. Чрезвычайно важно создать при участии больного понятные и приемлемые для него цели жизни, чтобы у него были достаточно сильные стимулы идти вперед, не смущаясь препятствиями. Известный психотерапевт Марциновский придавал большое значение выработке идеалов, которые могли бы быть путеводной звездой для невротика в жизни. Гораздо

большее значение имеют не идеалы в собственном смысле, как что-то далекое, туманное и может быть недостижимое, а ясно сознаваемая определенная цель. Важно именно, чтобы цель была осуществима, иначе парализуется желание быть здоровым. Невротик собственными усилиями едва ли когда может освободиться от своих страданий. Для него необходимы особые стимулы, в виде ли принуждения извне, в виде ли переустановок внутри его самого, в результате которых он может увидеть перед собой в достаточной степени привлекательную цель и почувствовать себя настолько сильным, чтобы устремиться к ее достижению. Как показал опыт войны и тяжелых в материальном отношении лет революции, такие стимулы, как давление нужды и необходимость в связи с лишением средств и поддержки родных взяться за труд, чтобы в буквальном смысле не умереть с голоду, могут невротиков, бывших раньше совершенно беспомощными и ни к чему не способными из-за своих навязчивых страхов и сомнений, заставить вести довольно активную и продуктивную работу, освободиться в значительной степени от своих сомнений и задержек. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы создать для больного аналогичные условия. Тщательное изучение жизни пациента и его личности, вчувствование в его переживания помогут психотерапевту выполнить эту работу по коренному изменению жизненных установок с созданием привлекательных для него стимулов. Нужно иметь в виду, что здесь имеет значение не столько изменение объективных условий жизни, сколько изменение установок пациента на свои ближайшие и отдаленные цели в жизни, пересмотр отношений к окружающим, своего рода переоценка ценностей. Во многих случаях чрезвычайно важно после тщательного изучения личности невротика и условий его жизни и работы заставить его переделать свою жизнь, изменить направление целевых установок, отказаться от стремления к невыполнимым целям, чтобы покончить с иллюзиями и туманными мечтаниями, и все силы употребить для достижения точно намеченной и вполне соответствующей силам больного цели. При чувстве неуверенности невротика в своих силах обычно ему трудно сдвинуться с места и пойти по новому пути усилий над собой и преодолений внутреннего сопротивления. Здесь чрезвычайно важна роль врача, его способность вчувствования в психологию другого человека, способность к анализу, дающая возможность так изучить жизнь больного, что смысл ее и жизненные задачи для него могут предстать с гораздо большей ясностью, чем для самого пациента. Может быть ни в какой другой области психиатр в смысле индивидуальной терапии не может сделать так много, как именно для невротика, и нигде личность врача не имеет такого большого значения, как здесь. Чтобы идеи, внушенные врачом пациенту, в смысле указания жизненных целей обладали большей действенной силой, нужно, чтобы они вошли в больную психику не как что-то чуждое, а чтобы они по выражению Бодуэна были акцептированы, т. е. внутренне приняты как что-то свое, соответствующее собственным целевым устремлениям. Для этого несомненно необходимо, чтобы в пересмотре ценностей, который ведется в совместной работе врача и пациента, личность психотерапевта, авторитет в глазах пациента, его знание психики больного человека в связи с общей эрудицией

и знанием жизни дали бы максимум того, чего можно вообще ожидать. Работы врачу будет много и дальше после того как больной встанет на путь преодоления трудностей, не укрываясь больше за свои невротические явления, как за крепкий щит. При постоянных колебаниях и неуверенности большое значение имеет выработка и строгое проведение определенного режима не только для лечения, но и для всего распорядка дня. Определенные рамки, хотя бы они только внешним образом определяли жизнь больного, позволяют ему легче справиться с различными внутренними затруднениями. Если перед ним стоит ряд вех в виде определенных указаний для каждого промежутка времени в течение дня, ему легче заполнить все содержание дня в том направлении, как это указывается планом лечения. Это видно из того, что у невротиков той группы, в которой невротические расстройства бывают особенно упорны, именно у больных с навязчивыми состояниями, часто наблюдается установление ими особого ритуала: строгое выполнение в определенном порядке различных действий при раздевании, одевании, умывании и работе, отступление от которого резко расстраивает самочувствие. Кроме того активная работа по проведению режима, требуя от пациента все же известных усилий, способствует укреплению уверенности его в своих силах и укрепляет его волю. Чрезвычайно важно, чтобы больной не боялся затруднений, не избегал их, ■ преодолевал. Каждая победа на этом фронте, как бы она ни была мала, представляет большую ценность именно в том отношении, что дает большую уверенность в своих силах, помогая изживать чувство неполноценности и убеждения в собственной никчемности и непригодности.

Не только в смысле укрепления воли, но и в целях перевоспитания личности с сообщением ей здоровых жизненных установок имеет значение лечение трудом, выработка и строгое проведение трудового режима. Многим больным, не только собственно невротикам, но и психопатам, равно как и больным из различных других групп свойственно нежелание работать; наблюдается даже как будто страх перед работой; они как бы бегут в стационар от рабочей жизни. При этом праздность и незаполненный ничем досуг увеличивают чувство неуверенности в себе, чувство неспособности и беспомощности. Втягивание в трудовую терапию является самым действительным средством добиться установления у пациента нормальных жизненных установок, при которых, как и должно быть всегда, осью жизни является труд. При выработке трудового режима необходимо считаться с навыками, профессией и вкусами пациента. Имеют значение ручной и физический труд, в особенности связанный с пребыванием на воздухе, гимнастика, ритмическая гимнастика, различные виды художественного труда. Важно, чтобы труд по своему существу не был бессмысленным, а имел и в глазах пациента конкретную ценность. Самое существенное, чтобы труд не был только развлечением и не имел целью только заполнения досуга пациента; последнему ни в каком случае не должно быть предоставлено право выбора характера работы, ее времени и условий. Все в этом отношении должно исходить от врача, который именно устанавливает определенный режим, обязательный для пациента в целом, а не в отдельных только частях по выбору. Чрезвычайно

важен элемент принудительности, который заставляет больного выполнять активную работу над собой по преодолению внутренних сопротивлений. Кроме перевоспитания личности и укрепления воли это будет способствовать установлению новых устойчивых доминант, благодаря которым нервная энергия будет тратиться не на борьбу со своими сомнениями, не на копание в переживаниях, а на деятельную работу в направлении намеченных целей. На лечение трудом сейчас обращается очень большое внимание, и в ряде немецких больниц проводится активная трудовая терапия, в которую втягивают возможно большее количество не только невротиков, психопатов и собственно душевнобольных, но также остро заболевших и беспокойных. Здесь осуществляется тот же принцип стимулирования здоровых элементов в психике и подавления таким путем болезненных проявлений.

Перевоспитание всей личности пациента, выработка у него здоровых установок на трудовой путь и определенных жизненных целей, трудовой режим как подготовка к нему должны быть базой рациональной психотерапии в каждом отдельном случае. При этом лечение разъяснением и разубеждением как таковое должно отойти на задний план. Разъяснение пациенту сущности его болезни необходимо в самых общих чертах в начале лечения. Эта информация, хотя не должна заключать в себе ничего несоответствующего действительности, в своей формулировке должна сама в себе заключать элементы психотерапевтического внушения. Говоря о причинах болезни, акцент естественно нужно ставить на экзогении и устранимых по существу моментах. При этом всегда приходится указывать на те или другие неправильности во взглядах пациента по этому вопросу и допускаемые им ошибки. Следует подчеркнуть, что в происхождении невротических расстройств во многом невольно виновен и сам пациент благодаря его неправильным действиям, обусловленным в свою очередь недостаточностью верных сведений. Как верно указывает Кронфельд в своих заметках по так называемой малой психотерапии (терапия отдельных психических симптомов и сомато-психических расстройств в отличие от терапии неврозов в собственном смысле), нужно указать пациенту на нервное происхождение его страдания и на полную возможность выздоровления, если пациент этого серьезно захочет, но замечания врача не должны звучать: «я вас сделаю здоровым». Пациент готов приписать врачу магическое свойство с тем, чтобы ждать только от него выздоровления без всяких усилий с своей стороны, возлагая на врача всю ответственность в случае неудачи лечения. Этого как раз следует избегать. Психотерапевтическая работа должна стремиться к созданию у невротика фикции, что он один несет ответственность за свою болезнь, один повинен в случайных неудачах и что ему одному принадлежит честь успеха. Это в сущности то, чем занимался Дюбуа, и то, что у некоторых немецких авторов получило название просветительной, разъясняющей терапии. Углубленная психотерапия требует вообще большой вдумчивости, внимания и естественно отнимает не мало времени. В особенности на первых порах следует давать полностью высказываться самому пациенту, не теребя его. Это имеет значение прежде всего потому, что в результате полного

выска
насту
же эт
и боя
конеч
бой, а
тичес
образ
специ
зов. П
возвр
ношен
чаях
позво
ощущ
что то
прове
должн
нотой
состоя
значен
чески
чески
личны
благо
говор
В это
в осн
причи
эту ст
рассма
явлени
прише
средст
н о с т
привод
полно
тию ф
врожде
тенног
роль в
болезн
степен
явлени
приуро
(невро
возбуд
предст
ющихс
болева
клинич

высказывания пациентом своих жалоб и переживаний у него обычно наступает некоторое успокоение без всяких усилий со стороны. Если же этого не будет сделано, у него явятся неудовлетворенность и боязнь, что существо его болезни остается врачу неизвестным. Но конечно врачу следует вообще не давать пациенту вести себя за собой, а направлять беседу. Как психическое обследование, так и соматическое должно быть возможно более полным. В частности целесообразно выяснить состояние соматики с помощью соответствующих специалистов и заручиться их заключениями и протоколами анализов. Полнота здесь важна еще и потому, что нецелесообразно потом возвращаться к различным дообследованиям. В дальнейшем по отношению к жалобам на различные нервные явления во многих случаях целесообразнее держаться системы игнорирования, т. е. не позволять больным зафиксировать свое внимание на болезненных ощущениях подробными описаниями, не смотреть на них, как на что-то имеющее значение само по себе, а всю энергию направить на проведение уже установленного плана лечения болезни, которая должна представляться пациенту выясненной с исчерпывающей полнотой. В общей системе лечения обращение внимания на физическое состояние с устранением возможных соматических недочетов имеет значение не только в смысле физического укрепления. Невротические расстройства, имея как правило корни в неправильных психических установках пациента, в то же время связаны обычно и с различными нарушениями соматического характера, представляющими благоприятную почву для развития невроза или, как принято теперь говорить, создающими для него условия физической готовности. В этом отношении важна и физическая слабость, иногда имеющая в основе врожденную недостаточность и являющаяся ближайшей причиной свойственного невротика чувства неполноценности. На эту сторону особенно большое внимание обратил Адлер, который, рассматривая явления несколько односторонне, отыскивал причины явлений только в личности пациента и, забывая о роли экзогении, пришел к мысли, что невротическое расстройство по существу есть средство изжития этого чувства неполноценности и компенсации нарушенного равновесия, которое иногда приводит к излишку, к гиперкомпенсации. Чувство неполноценности может например привести к чрезмерному развитию фантазии, к навязчивым представлениям. Во всяком случае врожденная слабость, равно как и физическое ослабление приобретенного характера, имеют большое значение. В особенности большую роль в этом отношении играют истощение на почве инфекционных болезней, а также эндокринопатий, болезней обмена, до известной степени физическое и нервное переутомление. Различные нервные явления могут иметь своим источником вегетативные расстройства, приуроченные к какому-нибудь одному органу или системе органов (неврозы органов). Например изменения настроения, повышенная возбудимость и тоскливость, иногда с склонностью к навязчивым представлениям, нередко наблюдаются при состояниях, сопровождающихся расстройством секреторной деятельности желудка, при заболеваниях сердца. Если таким образом в каждом отдельном случае клиническая картина невроза является результатом сочетания

симптомов не только собственно-психогенного, но и чисто физического порядка, то и понятно, что лечение должно иметь в виду обе стороны. Известно выражение, принадлежащее французским психотерапевтам: *à mal psychique traitement psychique*. Поскольку каждый случай невроза является и соматическим заболеванием, постольку к этому нужно сделать добавление о необходимости не только психического, но и физического лечения. Помимо собственно устранения соматических недочетов имеют значение урегулирование образа жизни, устранение из нее переутомления, психической травматизации и других нежелательных моментов. Чрезвычайно большое значение имеет урегулирование половой жизни, так как различные отклонения в этой области—мастурбация, *coitus interruptus* и *reservatus*, иногда прекращение обычного полового удовлетворения—ведут к различным невротическим явлениям, в частности к неврозу страха.

Обращение внимания на физическую сторону, давая возможность восстанавливать нарушенные отношения в биологических реакциях организма, естественно дает изменения в органических ощущениях, благоприятно влияя на самочувствие больного. Сознание каких-то совершающихся в организме объективных перемен к лучшему является, с другой стороны, очень значительным психотерапевтическим фактором. При таких условиях сильно повышается доверие к авторитету врача и ко всем исходящим от него мероприятиям. Нужно также помнить о важности принципа отвлечения внимания.

Различные психотерапевты выработали ряд особых приемов, имеющих значение для общего нервного укрепления или для лечения отдельных невротических проявлений. По предложению Гиршлафа применяется особое упражнение, сущность которого сводится к тому, что по данному сигналу больные в течение нескольких минут сохраняют совершенно неподвижное положение. Оппенгейм рекомендовал больным с навязчивыми состояниями мысленно перебирать ряды каких-нибудь представлений и затем по сигналу переходить на другой круг или идти в обратном порядке.

При всякого рода психотерапевтических воздействиях необходимо помнить, что человек и его личность не являются чем-то совершенно самостоятельным и оторванным от окружающей среды, но всегда представляют маленькую частицу большого целого, с которым больной связан самыми различными взаимоотношениями. Из него он постоянно получает те или другие внушения. Последние разнообразны по своему характеру и в большей или меньшей части своей относятся к тем, которые способствуют заболеванию, если они не были его непосредственной причиной. При таких условиях, если психотерапевт ограничит свою работу личностью пациента, не делая попыток повлиять в благоприятном смысле на окружающую его среду, он рискует тем, что результаты его усилий будут парализоваться другими идущими из этой среды отрицательными внушениями. Эта опасность тем более велика, что большей частью он не будет знать, откуда они идут, каково их содержание; поэтому ему и трудно с ними бороться. Поэтому для успеха лечения крайне необходимо точно ориентироваться в жизненной обстановке пациента, особенностях окружающих его лиц и характере их влияния на больного. Многое удастся иногда добиться и в домашней обстановке, если

есть возможность ознакомиться с нею на месте врачу непосредственно или через специальных сотрудников, имеющих необходимую ориентировку в вопросе, на что именно нужно обратить внимание в том или другом случае. Диспансерный метод наблюдения и лечения, рассматривающий пациента в его связи с условиями жизни, профессией и всем бытом, представляет для психотерапевтического воздействия широкие возможности. Во многих случаях не только полезно, но и необходимо бывает помещение в лечебное учреждение в интересах лучшего изучения особенностей заболевания, а главное для изоляции больного из той среды, в которой он заболел, причем сразу прекращается действие вредных внушений, в том числе тех, которые остались совершенно неизвестны. Наиболее полная изоляция достигается при помещении в учреждение больничного характера, но к той же цели до известной степени могут привести помещение в санаторий, дом отдыха, в чужую семью, переезд в другой город, поездка на курорт. В случае помещения в лечебное учреждение необходимо оградить больного от возможности отрицательного влияния других пациентов. Такая опасность очень реальна, ■ нужно положить очень много забот, чтобы ее парализовать. В этой борьбе между врачом и пациентом, элементы которой присущи всякой психотерапии, приходится считаться с особым чувством солидарности, которое можно отметить в отношении больных друг к другу. Известно, что больные любят делиться друг с другом своими болезненными переживаниями, рассказывать о своих болезнях, искать сочувствия, поддержки, выслушивать и давать советы медицинского характера. У очень многих больных существует ничем не истребимое убеждение, что они не хуже врачей ориентированы в вопросах сущности нервных заболеваний и их лечения и притом не из книг, а из собственного опыта. В практике каждого врача нередки случаи, когда намечающийся под влиянием психотерапевтической работы сдвиг ■ установках на болезнь парализуется неподходящими разговорами о болезни с другими больными. Ввиду большой внушаемости нервных больных необходимо обращать самое тщательное внимание на подходящий подбор больных, с изоляцией всех тех, которые могут дурно действовать на других своим скептицизмом, недоверием к врачам и проводимому лечению, упорным нежеланием подчиняться лечебному режиму, став на нелегкий путь преодоления внутреннего сопротивления, и прямо отказываются от трудовой терапии. При благоприятных условиях можно попытаться с успехом ту же повышенную внушаемость использовать в их интересах. Следует стремиться при лечении подбирать больных друг к другу так, чтобы они не только не вредили, но даже помогали друг другу взаимной поддержкой в смысле ободрения, сочувствия и устранения из обихода всего, что может быть вредным. Давно уже обращалось внимание на благоприятные результаты лечения заикания, если страдающие им больные лечатся вместе и образуют более или менее значительный коллектив. За последние годы выработалась особая система лечения заикания, проводимая в коллективах по оздоровлению речи и прежде всего в коллективе, организованном Н. П. Тяпугиным. Лечение заикания более всего успешно идет тогда, когда акцент ставится не на дидактических упражнениях, а на психической стороне. Заика—

это по своей психической структуре невротик, который больше всего страдает от страха, что ему не удастся произнести нужное слово, что своим недостатком речи он обращает всеобщее внимание; он более всего страдает от робости и неуверенности. Их недостаток, затрудняющий самое необходимое для человека как социального существа, именно контакт с другими, увеличивает у них чувство неполноценности. В коллективе себе подобных они чувствуют себя не хуже, а иногда и лучше других, и естественно, что чувство собственной неполноценности при таких условиях или совсем не проявляется или проявляется в самой небольшой степени. Поэтому у них понемногу исчезает страх перед самым актом речи, появляется уверенность, так что они оказываются в состоянии выступить публично сначала перед своими товарищами, а затем перед всякой аудиторией. В условиях такого коллектива внушения, идущие от врача, оказывают особенно сильное действие. В общем получается своеобразная система, оказавшаяся вполне целесообразной. Еще раньше начала лечения заик по этому способу в психиатрической клинике II ММИ был выработан аналогичный метод лечения на коллективах невротиков, дававший ценные результаты на протяжении ряда лет. Считаем желательным привести краткое описание сущности применявшегося в этом учреждении под руководством Д. С. Озерецковского метода. Его нужно рассматривать конечно не как что-то универсальное, а как один из опытов работы, характер которой может меняться в зависимости от состава больных, возможностей, имеющихся в руках врачей, стоящих во главе учреждения, и вообще от местных условий.

Из общей массы невротиков выделяются особые группы, объединяемые общностью наиболее существенных болезненных признаков, предполагающей и известную общность основных принципов подхода. Как ни разнообразны невротические явления, все же такая группировка возможна и вполне целесообразна. Она дает возможность рассматривать каждую такую группу как отдельную единицу, и поскольку она внутри едина, постольку психотерапевтическую работу возможно вести над ней *en bloque*.

Она осуществляется прежде всего тем, что для каждой группы вырабатывается особый режим, при котором внимание весь день занято и который должен способствовать выявлению наиболее здоровых сторон и затушевыванию всего болезненного. Выполнение лечебного режима облегчается тем, что каждая группа имеет свое помещение и все группы вместе образуют одно так называемое психоортопедическое отделение. Более тщательная группировка и подбор больных дают возможность удовлетворить другому психотерапевтическому требованию—это позаботиться о среде, в которой находится больной. Этот вопрос понимается здесь в ограниченном смысле, именно имеется в виду среда, окружающая больного еще в самой лечебнице. Поэтому в психоортопедические отделения помещаются только такие больные, которые предварительно тщательно изучены и которые, не представляя резких внешних проявлений в смысле припадков или большой эмоциональной неустойчивости, сознательно идут на работу над собой и имеют для этого достаточно сил. Весь коллектив больных призывается к активной и сознательной работе по проведению

лечебного режима. В психопатологии и психологии очень большое значение уделялось вопросу о внушаемости масс, о повышении внушаемости индивидуума, когда он находится в толпе, в составе какого-нибудь коллектива. С этим явлением ставили в связь развитие психических эпидемий, быстрое возникновение аффективных движений, паники, вспышек гнева, иногда доводящего до убийства. Собственно в психиатрической практике постоянно приходится считаться с отрицательным действием внушений больных друг на друга. Та борьба между врачом и пациентом, которая вообще присуща психотерапии, имеет место в больнице и в более широком масштабе. Происходит в известном смысле разделение на два лагеря, на «белые и серые халаты» (врачи и пациенты) по выражению одной больной, которая имела в виду именно такое противоположение. Повышенную внушаемость, которую приносит жизнь в коллективе, можно использовать в терапевтических целях. Если благодаря всему строю психортопедического отделения психика больного вообще уже оказывается подготовленной к восприятию внушений, то идеи, хотя бы исходящие от врачей, но высказываемые другими больными, имеют особенно много шансов воздействия на больных, войти в его психику, как что-то свое, к чему как будто пришел он сам. В таком случае идеи будут обладать большой действенной силой на все самочувствие и поведение ее носителя. Внушающий эффект еще более будет усилен тем, что однородные внушения в коллективе идут с разных сторон. При сознательном отношении больных к проводимой вместе с врачом работе над собой, которая является своего рода аутопсихотерапией, отношения солидарности, существующие между отдельными членами коллектива, ведут к взаимной поддержке и перманентному действию внушений себе и другим. При благоприятных условиях в смысле состава коллектива приходится считаться с кумулятивным действием внушения, благодаря тому что оно, исходя от больного, возвращается опять к нему же в более отчетливой и подчеркнутой форме; в результате происходит постоянная взаимная индукция, которая тем выше, чем удачнее состав коллектива и чем сильнее исходящие от врачей стимулы. По отношению ко всему коллективу, рассматриваемому со стороны, можно говорить о самоиндукции, аутопсихотерапии.

При оценке явлений самоиндукции коллектива приходится считаться еще с одной стороной, имеющей большое значение. В коллективе всегда имеются и более сильные и более слабые; последние почти всегда имеют рядом с собой еще более слабых, по отношению к которым они являются сильными. Если все члены коллектива тесно спаяны между собой, солидарность обязывает поддерживать друг друга, в особенности более слабых. Если можно считать общим явлением, что слабый находит в себе гораздо больше силы, когда он чувствует себя защитником других, то в особенности это справедливо по отношению к невротикам. Чувство собственной неполноценности, являющееся одним из основных явлений, из которых развиваются невротические расстройства, в данном случае находит противовес в осознании себя обладателем каких-то неожиданных сил, дающих возможность оказывать помощь другим. Улучшение, может быть еще неясное самому пациенту, но замечаемое его товарищем, в условиях коллектива также будет иметь гораздо больший терапевтический

эффект, чем если бы оно было констатировано только врачом. Соревнование между собой может быть также одним из стимулов, повышающих аутоиндукционную роль коллектива.

Аналогичная работа с невротиками была проделана в своей клинике (нервных болезней в Гойдельберге) Вейцсеккером. Он говорит о ситуационной терапии. Сущность ее сводится к созданию в клинике особой трудовой общины, в которой врач и больные внутренне связаны в одно целое. В этой общине стремятся к созданию атмосферы взаимного доверия, и с каждым больным ведется индивидуальная работа то разъясняющего то убеждающего или даже императивного характера в направлении достижения поставленных больному целей и снятия напряженности в семейных и общественных отношениях. Нечто подобное было предложено под названием социальной клинической психотерапии Унгером.

В современных советских условиях акцент в психотерапевтической работе ставится на трудовой терапии, понимая труд не просто как занятие и отвлечение внимания, а как часть социалистического строительства. Труд при такой постановке более полно может привести к единению пациента с его коллективом, вернуть ему уверенность в собственной ценности и в достижимости для него поставленных в жизни целей.

Психоаналитический метод Фрейда

Особое положение в психотерапии занимает метод, созданный венским психиатром Фрейдом и называемый психоанализом. Он является совершенно своеобразным, оригинальным и стоит в связи с особыми взглядами на происхождение неврозов, в частности истерии и навязчивых состояний.

Можно говорить об особом направлении, которое имело исходным пунктом лечение истерических расстройств, но постепенно разрослось в особое широкое миросозерцание с особым подходом к пониманию сущности психического, структуры личности и отношения бессознательных процессов к сознательным. Центральное место в учении о генезе неврозов у психоаналитиков занимает мысль о роли сексуального влечения и в особенности о значении психических травм, затрагивающих сексуальную сферу. Если глубоко волнующее переживание по своим особенностям таково, что человек не может с ним примириться, то имеет место особый процесс отщепления аффекта от того представления, с которым оно связано, причем последнее вытесняется из сознания и становится подсознательным. Такие травмы по мнению Фрейда всегда носят сексуальный характер, хотя сущность этой сексуальности им понималась в особом смысле. Схематически генез явлений представлялся в таком виде: аффект, связанный с травмирующим событием, отщепляясь от представлений, оказывался свободным подобно атомам при расщеплении молекул,—он должен с чем-нибудь связаться; иногда освобождающаяся таким образом нервная энергия устремляется в сторону соматических функций, связанных с деятельностью нервной системы; в результате такой конверсии возникают истерические параличи, потеря голоса, потеря речи, судорожные припадки, истерические анестезии. В других случаях аффект переносится на другие, иногда совершенно случайные представления, которые становятся навязчивыми. Как известно, при навязчивых состояниях теснящаяся в сознании мысль обычно бывает самого незначительного содержания, и ее навязчивость объясняется именно присоединившимся к ней аффектом, который является причиной также и постоянно испытываемого волнения. Например в основе навязчивого стремления мыть руки может лежать вытесненная в подсознание мысль о собственном загрязнении мастурбацией. Травма, вызвавшая болезненный аффект, обычно является только

последующим толчком, наслаиваясь на ряд других, более ранних аналогичных переживаний. В основе истерии Фрейд предполагал наличие сексуальных травм раннего детства. Он исходил из предположения, что только вполне оформленное сексуальное влечение характеризует собой наступление половой зрелости и что чувство, очень близкое к нему, имеется и в более ранние периоды. Эта инфантильная сексуальность аморфна, совершенно не дифференцирована; такой сексуальностью окрашены отношения маленького ребенка к отцу и матери; нечто родственное ей Фрейд видит в чувстве насыщения у ребенка при сосании груди матери, а также при сосании собственных конечностей (аутоэротизм). Специалисты в области сексуальной патологии позднее использовали эту мысль для объяснения происхождения различных сексуальных извращений с точки зрения остановки сексуальной жизни в стадии инфантильности. Так возникают, как думают, влечения к лицам того же пола—гомосексуализм, аутоэротизм (нарциссизм). В связи с инфантильными влечениями к отцу или матери на патологической почве развиваются извращения по типу эдиповского комплекса, а также мазохизм. Расширение Фрейдом понятия «сексуальность» в сторону раннего детства не включает в себе чего-либо логически неприемлемого, тем более что, как теперь можно считать доказанным, основы психической жизни закладываются очень рано, ■ даже по отношению к грудному возрасту можно говорить о довольно уже развитой психической жизни и возможности психозов. Если иметь в виду возраст от двух до четырех лет, в котором по мнению Фрейда чаще всего имеют место сексуальные травмы, приводящие впоследствии к истерическим расстройствам, то можно согласиться, что в это время различные переживания, связанные с сексуальной сферой, могут сильно потрясти воображение ребенка. Что особенно важно, истинный смысл происшедшего становится ясным потом, по мере психического и физического развития. Таким образом до известного момента психические травмы остаются как бы ■ латентном, скрытом состоянии. Связанные с ними группы представлений остаются в подсознательной сфере—они являются комплексными, т. е. комплексами представлений, затрагивающих особенно сильно интимную жизнь больного. Последующие переживания, если они аналогичны по содержанию, наслаиваясь одно на другое, все усиливают психическую травматизацию, пока последний толчок не даст взрыва в виде общей вспышки невротических явлений. Хотя вначале Фрейд исходил из чисто клинических явлений, ■ дальнейшем, при логическом развитии своих взглядов, он перешел к распространению своих концепций на очень обширные области знания. Расширение понятия сексуальности произошло не только в сторону инфантильной психики, но ■ в другом направлении. Помимо эмоций, связанных с насыщением (а также с дефекацией), из того же сексуального корня выводится чувство дружбы и родственности, эстетическое и религиозное чувство, так что возникает концепция об особом пансексуализме. С этой точки зрения первичным является особого рода влечение, оно в основе имеет сексуальный характер, хотя эта сексуальность может быть несознаваема и слабо выражена. При нормальных отношениях это влечение, если достигло известной интенсивности, должно найти себе адекватное удовлетворение. Если же не происходит такого разряда, накапливающаяся сексуальная энергия может пойти по другому руслу, может «сублимироваться»; это может выразиться в том, что неизжитая сексуальность находит себе выражение в актах милосердия, например в уходе за больными, в альтруизме и т. д. Libido, не находящее себе удовлетворения ни по прямому пути ни в сублимационном порядке, дает невротические расстройства, например фобии или навязчивые состояния. Для понимания огромной роли, какую играет влечение в жизни человека, необходимо учесть большое значение «цензуры». Сущность ее ясна из того, что влечение примитивно, грубо, именно таково, каким оно было тогда, когда и психика человека была более примитивна и когда выполнение желания не было связано с огромным количеством условий и условностей. Современный человек должен прятать свои мысли, замаскировывать свои желания, подавлять, вытеснять свои влечения. Это ему удастся, но не в полной мере и ненадолго. В монографиях «Психопатология повседневной жизни» и «Толкование снов» Фрейд очень наглядно показал, как происходит борьба сознательного, культурного, живущего в мире условностей «я» и бессознательной, руководимой влечениями его половины. Анализ

различных ошибочных действий, оговорок, описок, ошибок при чтении показал Фрейду, что эти ошибки не случайны, а имеют определенную, конечно не сознаваемую, цель исправить действительность в таком направлении, чтобы она была более приемлема. Например человек садится не в тот поезд и не попадает на неприятное свидание, забывает неприятное поручение. В процессе забывания наблюдается также избирательность, в первую очередь выпадает из памяти то, что хочется забыть. Поэтому воспоминания двух очевидцев одного и того же события часто бывают очень противоречивы. В сновидениях влечения выступают более неприкрыто, но и здесь сказывается роль той же цензуры. По Фрейду содержание снов—это выполнение наших затаенных желаний; это правило однако в прямом смысле верно только по отношению к детям; например ребенок участвовал в прогулке со взрослыми у подошвы горы, на которую ему очень хотелось попасть; он был очень огорчен тем, что это оказалось невозможным, и в ближайшую ночь видит сон, в котором выполняется желание восхождения на гору. У взрослых этот принцип не выступает так ясно, так как у них и во сне продолжается действие цензуры; истинные желания здесь обычно завуалированы, облачаются в символические одежды, это относится в особенности к влечениям сексуального порядка. Симптомы невроза—это символическое выражение скрытых несознаваемых самим пациентом желаний, опасений и вообще переживаний сексуального характера. В своих работах Фрейд указывает способы расшифровки этой символики, давая нечто вроде словаря, облегчающего перевод с символического языка на более понятный. В народных сказках, в мифах, отчасти в бреде больных выступает та же, окрашенная сексуальными темами, символика.

Учение Фрейда широко захватило различные области не только собственно медицинского порядка, но и искусства, истории культуры, и привлекло внимание самых различных кругов. Появившись ■ девяностых годах прошлого столетия, оно своего развития достигло в ближайшие затем 15—20 лет. Чтобы понять его быстрые успехи, нужно обратить внимание на его существо и особенности периода, к которому относится его расцвет. В своем корне учение Фрейда является сугубо идеалистическим, и ему в особенности свойственно рассматривать психику вне связи с окружающей средой и объяснять такие несомненно социального происхождения черты характера, как жажда власти, стремление к богатству или скупость с точки зрения чистого биологизма. Между тем указанный период как раз характеризуется как в Германии, так отчасти и у нас оживлением интереса к идеалистическим концепциям разного рода, к мистике и в психиатрии, в связи с разочарованием в том, что может дать нозологическое и неврологическое направление. Не случайно, что сильное влияние Фрейда испытали на себе Блейлер и Шильдер, хотя большинство психиатров отнеслось к новому учению более чем сдержанно, а такие корифеи психиатрии, как Крепелин, прямо враждебно. Из более или менее видных последователей Фрейда можно указать на Абрагама, Ферензи и Штеккеля. Довольно большой успех имеют психоаналитики в Америке. В СССР психоанализом ■ настоящее время занимаются очень мало и теоретически его не разрабатывают. Можно отчасти пожалеть, что совершенно правильная его критика, проводимая в порядке коренного пересмотра основных вопросов психопатологии, сделала одиозным какой бы то ни было интерес к нему. Следовало бы взять от него то, что им установлено по части генеза нервных явлений, вылушив факты из метафизической шелухи. И в настоящее время у Фрейда очень много горячих сторонников, но немало также и принципиальных противников. Последнее относится как к учению Фрейда в целом, к его психологическим воззрениям вообще, так и к взглядам на истерию и на возможность ее излечения путем так называемого психоанализа, вскрытия путем особых приемов вытесненных в подсознательную сферу комплексов; ожидается при этом, что ставшие опять сознательными представления будут изжиты в сопровождении адекватной эмоциональной реакции, и все придет в норму. Вскрытие комплексов в первом периоде Фрейдом вместе с Брейером производилось путем так называемого катарзиса, при котором связь аффективных переживаний с вытесненными представлениями устанавливалась во время гипнотического сна, позже для того же катарзиса пользовались исследованием ассоциаций, даваемых больными на ряд специально подобранных

снов, путем анализа так называемых свободных ассоциаций, анализа содержания сновидений.

Чтобы дать представление о том, как идет научная мысль у психоаналитиков, приведем в извлечении описание случая истерии, который принадлежит Брейеру и интересен тем, что послужил автору вместе с самим Фрейдом материалом для создания учения о психокатарзисе.

Анна О., девушка 21 года, с небольшим наследственным отягощением, до заболевания в конце 1880 г. всегда была здорова. В конце 1880 г. под влиянием изнурительного ухода за больным отцом Анна слегла в постель, причем быстро развились многочисленные истерические симптомы: расстройство зрения, парезы, контрактуры, анестезии и т. п. Со стороны психической у больной наблюдались галлюцинации зрения и сумеречные состояния, сначала скоротечные, а потом ставшие более продолжительными и частыми, так что одно время больная находилась в длительном сомнамбулическом состоянии. Во время этих состояний больная, ■ противоположность своему обычному характеру, бранилась, была крайне возбуждена, бросалась подушками, поскольку это ей позволяли контрактуры, испытывала страшные галлюцинации, видела змей. Разница во всем состоянии больной во время приступа сомнамбулизма ■ вне последнего была настолько значительна, что Брейер говорит о двух сознаниях: первом, сравнительно нормальном, ■ втором, сомнамбулическом. Особенность данного случая состоит в том, что больная ■ состоянии сомнамбулизма рассказывала целые сказки, сюжетом которых была большей частью молодая девушка, сидящая ■ страхе у постели больного. Из этих рассказов можно было узнать, что еще во время ухода за отцом Анна уже была больна (инкубационный период болезни). Так, однажды ■ июле 1880 г. больная сидела на постели своего отца, причем ее правая рука лежала на спинке стоящего около стула. Душевное состояние того момента было крайне напряженное ■ боязливое. Анна стала мечтать. Вообще мечтания, грезы наяву были ее любимым занятием, частным театром, как она выражалась. Вдруг она увидела, как со стены подползла к отцу черная змея с намерением укусить его. Следует заметить, что в той местности водились змеи. Она хотела прогнать змею, но была как бы парализована: правая рука онемела и не подчинялась воле. Когда она взглянула на руку, то пальцы превратились ■ змей с мертвыми головами (ногти). Когда галлюцинация исчезла, она хотела молиться, но не находила слов. Наконец ей пришел в голову один отрывок на английском языке, после чего она стала думать и молиться по-английски. Важно не только то, что больная своими рассказами в сумеречном состоянии знакомила врача с патогенезом страдания, еще более интересно то, что если больной удавалось рассказать патогенное переживание для данного симптома со всеми подробностями и с соответствующими эмоциями, то симптом исчезал совершенно. Летом во время большой жары больная сильно страдала от жажды, так как без всякой понятной причины она с известного времени вдруг перестала пить воду. Она брала стакан с водой в руку, но как только прикасалась к нему губами, тотчас же отстраняла его, как будто страдала водобоязнью. Больная утоляла свою мучительную жажду только фруктами. После того как этот симптом длился 6 недель, она стала рассказывать в аутогипнозе о своей компаньонке-англичанке, которую она не любила. Рассказ свой больная вела со всеми признаками отвращения. Она рассказывала о том, как однажды вошла в комнату этой англичанки ■ увидела, как ее отвратительная маленькая собачка пила воду из стакана. Она тогда ничего не сказала, боялась быть невежливой. После того как ■ сумеречном состоянии она энергично выказала свое отвращение, она потребовала пить, пила без всякой задержки очень много воды и проснулась из аутогипноза со стаканом у рта. Это болезненное явление с тех пор пропало совершенно. Таким путем больная освободилась в течение 1½ лет от всех болезненных явлений.

Психоаналитический метод лечения как такового встретил неодинаковое отношение со стороны различных кругов. В каждой стране имеются свои психоаналитики-фрейдисты. Иногда в своих выводах они идут дальше самого Фрейда, подчас упрощают его взгляды и обычно очень преувеличивают роль сексуальных травм. Можно говорить о фрейдизме как об особом направлении, идущем от Фрейда, но осложненном различными наслоениями и преувеличениями, иногда с несомненными отступлениями от самого Фрейда благодаря гипертрофии внимания к одной какой-нибудь группе явлений. Несомненно, что психоанализ, очень много давая для понимания ге-

неза невротических расстройств, развивающихся по вышеописанному типу фрейдовских механизмов (аналогичный генез может иметь место и при психозах, например при шизофрении), далеко не всегда ведет к излечению, не всегда является собственно терапией. В опытных руках, при строгом подборе подходящих для этого метода случаев,—а это может быть гарантировано только при глубокой компетенции врача, производящего психоанализ,—вообще в психопатологии, он может принести большую пользу. В противном случае копание в сексуальных комплексах может не только остаться бесполезным, но в состоянии причинить большой вред; некоторые авторы, не отвергая ценности психоанализа как такового, стоят на той точке зрения, что психоаналитическая обработка особенно важна как предварительная фаза перед собственно гипнозом и вообще соответственной терапией. В такой формулировке роль психоанализа не подлежит сомнению. Сам по себе он помимо обширных специальных знаний требует большого количества времени и терпения и не может получить широкого распространения. Как метод, могущий много дать для изучения не только генеза невротических явлений, но и структуры психики в целом, психоанализ заслуживает полного внимания, и очень многое от Фрейда вошло прочно в психопатологию, причем фрейдовский ход мышления, его воззрения и его терминологию усвоили себе, иногда этого не сознавая, многие психопатологи, относящиеся отрицательно к терапевтической ценности психоанализа.

Данные, приведенные в этой главе, могут служить лишь для самой общей ориентировки в сущности психотерапии, они дают известное представление о важности знакомства с нею для врача, имеющего дело с нервно- и душевнобольными, и об основных принципах, но совершенно недостаточны, чтобы служить врачу для руководства в практике проведения психотерапии, в особенности если иметь в виду разнообразие клинических форм, каждая из которых требует к себе специального подхода.

Общие принципы психотерапии в детском возрасте

Лечение невротических явлений у детей должно исходить из анализа причин и условий их развития. Поскольку развитию их и закреплению, раз они уже образовались, способствуют общая впечатлительность и неустойчивость, прежде всего нужно обратить внимание на общее физическое укрепление и устранение всех моментов, повышающих нервность ребенка. Что касается отдельных невротических расстройств, то нужно помнить, что это своего рода условные рефлексy и что для устранения их необходимо создание условий, при которых вообще наблюдается разрушение образовавшегося рефлекса. Так как условный рефлекс, не подкрепляемый повторными раздражениями того же характера, угасает через известное время сам собой, то необходимо отстранить от ребенка все те раздражения, которые были главной, вызывающей причиной или по крайней мере способствовали возникновению и закреплению болезненных расстройств. Если генез явлений выяснен с достаточной полнотой, направление причинной психотерапевтической работы обозначается само собой. Необходимые перестановки в жизни ребенка, имеющие целью устранить травмирующие его моменты, следует производить по возможности незаметно для ребенка, чтобы не зафиксировать его внимание на нервном явлении и условиях его развития. Чрезвычайно важно спокойное, ровное и в то же время методически настойчивое в смысле достижения определенной цели поведение окружаю-

щих. Проявление ими нервности, тревоги, преувеличенных сожалений и забот может только ухудшить положение. Поскольку невротические расстройства детей находятся чрезвычайно часто в прямой связи с нервностью родителей, являющейся источником ненормального отношения к детям, постольку психотерапию нужно начинать с близких, стремясь создать около ребенка более или менее уравновешенную и не травмирующую его среду. При невозможности радикальных перемен в этом отношении необходимо удалить ребенка от родителей, по крайней мере от того из них, который действует наиболее вредно. Наиболее радикально этот вопрос может быть решен путем помещения ребенка в лечебное учреждение, детский дом, к другим родственникам или даже в чужую семью с подходящими условиями. Помня, с другой стороны, что условный рефлекс скорее угасает при воспитании на том же анализаторе новых рефлексов, следует, отвлекая внимание от травмирующих переживаний, стремиться к развитию новых интересов в смысле занятий и целевых установок, к развитию прочных привязанностей к людям, общение с которыми для ребенка может быть только полезно, другими словами—здесь, как и вообще в психотерапии, необходимо стремиться к созданию прочных доминант с участием наиболее здоровых элементов в психике ребенка. Следует всячески предостерегать окружающих от различных ошибок в отношениях к нервным явлениям детей. Иногда неожиданно появившийся нервный симптом, например заикание, мутизм, судорожные подергивания, трактуется окружающими как шалость, требующая наказания. Между тем нет ничего вреднее в этом случае, как брань, угрозы и наказания, в особенности физические. Они в лучшем случае только зафиксировывают внимание на болезненном расстройстве и ухудшат дело. Страх, на который в таких случаях рассчитывают, даже если данное расстройство таково, что до известной степени может поддаться волевым усилиям больного, действует как раз наоборот. Как известно, боязнь невротика, чтобы с ним не произошло того, что составляет предмет его мучения, например страх не произнести без заикания нужного слова, покраснеть, когда на него смотрят, как раз способствует тому, что все это с ним и случается. Другой неправильный подход, который часто допускается,—это тот, при котором невротическое расстройство ребенка поднимает его в собственных глазах, делает центром внимания. Особенно это бывает в семьях, где непомерно балуют ребенка, восторгаются его шалостями и капризами. При таких условиях невротическое расстройство ребенка легко может сделать его полным господином положения и создает такую ситуацию, от которой ему не легко отказаться. Легче всего уберечься от перечисленных ошибок, если держаться метода игнорирования, непридания значения развивающемуся болезненному явлению, внушая всем своим поведением ребенку, что появившееся новое явление не таково, чтобы о нем стоило много говорить и что скоро оно пройдет. Например по отношению к ночным страхам, принимая все меры к удалению всех травмирующих моментов и к созданию наиболее подходящих условий для устранения общей боязливости, следует с внешней стороны совершенно спокойно относиться к возможности их повторения, поступая и говоря с ребенком, как будто их никогда

не было и никогда не будет. В момент самого появления таких страхов нужно, также сохраняя полное спокойствие, принимать меры к их ликвидации. Если такие меры сами по себе не приводят в короткий срок к желаемой цели и имеется опасность зафиксирования болезненных расстройств, показано активное и непосредственное воздействие на психику маленького пациента. В некоторых случаях полезен метод быстрых и решительных внушений в тоне приказа, так сказать, в н е з а п н о г о з а х в а т ы в а н и я в р а с п л о х (Überraschungsmethode). Этот метод с успехом применяется иногда при психотерапевтических воздействиях и на взрослых, но у детей он может быть особенно полезен, принимая во внимание особенности их психологии. Большое значение при этом имеет элемент внезапности и решительности. Ребенка, например с остро возникшими явлениями мутизма, врач повелительным тоном призывает к себе, требует открыть рот, затем сказать «а, б», какое-нибудь слово и объявляет, что он совершенно здоров, излечен, будет говорить все как следует. Иногда в таких случаях с пользой прибегают к помощи электричества, например фарадизации. Показаны и внушения в состоянии бодрствования или в гипнозе. Собственно рациональная психотерапия, лечение разъяснением и убеждением, при котором врач апеллирует к сознанию и интеллекту пациента, в детском возрасте едва ли может быть особенно подходящей. Ребенок с его внушаемостью и склонностью к конкретному мышлению более способен идти на психотерапию не тогда, когда она стремится развить диалектические способности рассуждениями, а когда старается поразить ребенка какими-нибудь понятными ему примерами и образцами. Конечно работа этого рода должна быть отнесена к области рациональной психотерапии, но она носит все же особенный характер, так как главным фактором в ней нужно считать внушение, воздействие на воображение и чувство. Это в частности является ярким доказательством того, что элементы внушения, а не логические рассуждения—главное и в так называемой рациональной психотерапии.

Что касается п с и х о а н а л и з а, то, ставя его очень высоко как метод, чрезвычайно важный для понимания генеза невротических расстройств, основы которых, как справедливо указывает Фрейд, закладываются в детстве, мы считаем необходимой крайнюю осторожность в применении его с лечебной целью у детей. Выяснение комплексов может быть не только безразличным, но даже и опасным в смысле зафиксирования болезненных явлений. Оно может принести пользу только в самых исключительных случаях и при очень большой компетенции применяющего его врача не только в психоанализе как таковом, но и в психотерапии и психиатрии вообще.

40. СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ—ОЛИГОФРЕНИИ

Состояния психического недоразвития, вызываемого самыми различными причинами, очень многочисленны и разнообразны. Как на тяжелое наследственное отягощение психозами и на поражение зачатка (алкоголизм, сифилис, истощающие заболевания родителей), так и на действие экзогенных моментов в ранние периоды развития нервная система реагирует более или менее выраженными явлениями

задержки. Последняя выражается в ряде симптомов, относящихся ко всем сторонам деятельности, но особенно определенно она сказывается на интеллекте. Поэтому и принято обозначать всю эту группу именем врожденного слабоумия или термином, предложенным Крепелином, — о л и г о ф р е н и и. Ввиду большого различия вызывающих моментов по существу и по интенсивности воздействия естественно, что степени интеллектуальной задержки чрезвычайно различны. Существует очень много схем деления на определенные степени, но все они очень условны, так как в действительности можно констатировать все периоды от крайне глубокого слабоумия, граничащего с полным отсутствием какого бы то ни было психического функционирования, до незначительной отсталости, не отличимой от состояния умственной ограниченности, укладывающейся в границах нормы. Ввиду практических потребностей принято все-таки говорить о различных степенях врожденного слабоумия, и чаще всего пользуются делением олигофренов на и д и о т о в, и м б е ц и л и к о в и д е б и л и к о в (умственно отсталых). В первом случае психическая жизнь остается на самых низких ступенях развития, ограничиваясь только чисто растительными функциями. Речь, которая является очень важным критерием психического развития, у идиотов не идет дальше отдельных звуков, междометий или самого ограниченного количества слов, представляющих названия предметов. У имбециликов уже имеется довольно порядочный запас слов, но характерна при этом конкретность их мышления; образование отвлеченных понятий для них недоступно. Соответственно этому они неспособны к школьным занятиям с усвоением сведений теоретического характера, хотя в то же время могут обучиться какому-нибудь ремеслу и сделаться в известной ограниченной области полезными работниками; при этом они однако всегда нуждаются в руководстве и поддержке. Умственно отсталые по своему умственному развитию ближе всего стоят к нормальным детям, отличаясь от них большой медленностью психического функционирования и ограниченностью задач, которые они могут выполнить. Попадая в общую школу, они безнадежно отстают от своих полноценных сверстников, но если их перевести в специальные классы для отсталых, ■ так называемые вспомогательные школы, они в состоянии пройти в течение известного срока сокращенную и упрощенную программу. Для более точного определения степени недоразвития интеллекта предложено очень большое количество методов, из которых практическое применение у нас нашел главным образом так называемый краткий метод Г. И. Россоломо и метод Бине. Точность этих методов, равно как и ряда других, например Цигена, Вейгандта, Санкто де Санктис, Кульмана, только относительна. Как развитие интеллекта в норме, так в особенности недоразвитие на почве болезни не идет во всех отношениях равномерно. Всякий болезненный процесс поражает не весь мозг равномерно, а преимущественно его некоторые отделы. Это создает не только собственно ослабление интеллекта, но и дисгармонию психики, нарушение равновесия, благодаря которому одни способности вследствие большего поражения соответствующих анализаторов изменяются сильнее, другие меньше или совсем остаются неповрежденными. В дальнейшем поврежденный мозг



Рис. 122. Рисунок глубоко слабоумного мальчика, никогда не учившегося рисованию.

все же развивается, и, естественно, главным образом в более сохранившихся отделах, в результате чего дисгармония еще больше увеличивается. Имеют значение индивидуальные отличия, различные степени прирожденной одаренности, которая притом почти всегда бывает, не говоря уже об очень варьирующей высоте, более или менее односторонней. Естественно при таких условиях, что клиника олигофрений представляет очень большую пестроту и разнообразие. В отдельных случаях может наблюдаться даже высокая частичная одаренность, например способность к счету, к рисованию (рис. 122), к игре в шахматы, музыкальный слух и т. п. Пестрота клинических проявлений еще больше увеличивается благодаря тому, что такое же разнообразие расстройств наблюдается в эмоциональной и волевой сфере. При этом иногда сохраняются на всю жизнь инфантильные установки, склонность к примитивным реакциям, или на первый план выдвигаются качественные расстройства, причем все больше нарушается гармоничность личности, давая картины более глубоких и сложных изменений. Вследствие этого каждый олигофрен является до известной степени страдающим психопатией, яркость которой и удельный вес с точки зрения нарушения установленного порядка и прямая социальная опасность обычно тем выше, чем сохраннее интеллект. Но даже у глубоко слабоумных и идиотов можно подметить существенные индивидуальные особенности в структуре личности, как бы ни была она примитивна. При всем разнообразии отдельных случаев олигофрении по существу лежащего в основе ее процесса можно выделить два основных типа: возбуждимый, эретический и вялый, апатичный. Что касается собственно клиники, то она очень варьирует в зависимости от основной болезни. Ниже мы приведем краткое описание главных болезненных форм, наиболее существенным признаком которых является врожденное слабоумие. Но если иметь в виду всю массу

олигофренов, в особенности более легких степеней, которые встречаются чаще всего, можно отметить очень много общих для всех случаев существенных моментов, рассмотрением которых мы и займемся в первую очередь.

Явления олигофрении естественно отмечаются уже в детстве, и иногда очень рано. Весьма значительное количество олигофренов с явлениями более тяжелых заболеваний погибает еще в детском возрасте, но у большинства больных с легкими изменениями средняя продолжительность жизни мало отличается от того, что наблюдается у здоровых. Таким образом заболевания, ведущие к задержке развития, должны прежде всего интересоваться педиатра и психиатра, но вопрос об олигофрении имеет большое значение для всякого врача. Это вытекает уже из одного того факта, что количество олигофренов огромно и превышает число собственно душевнобольных. Более тяжелые случаи требуют к себе внимания потому, что нуждаются в лечении и призрании, и притом в большинстве случаев в условиях специального учреждения. Сравнительно легкие случаи не требуют помощи стационарного характера и могут оставаться в населении, но так как они представляют огромную армию, то этот факт не может не влиять на нервно-психическое здоровье населения и общую жизнь страны.

Имеет значение вопрос о своевременном распознавании олигофрении. В этом отношении надежным критерием может служить физическое развитие ребенка и в особенности его моторика. Здесь прежде всего имеют значение такие акты, как стояние, ходьба, речь; даже у ребенка до года существует значительное количество вех, знаменующих переход от одного этапа развития к другому: фиксирование взглядом блестящих предметов, держание головки, сидение, первый лепет, так называемое «гуление». Одним из самых первых признаков может быть то, что ребенок долго не может брать грудь; такое же значение имеет отсутствие реагирования на различные раздражения, в особенности зрительные и слуховые. В смысле указания на недостаточность развития большое значение имеет не один какой-нибудь признак, а целый ряд их. Плохое развитие одного какого-нибудь акта может зависеть от изолированного поражения какого-нибудь центра или системы и, как обусловленное ограниченным очагом, может не сопровождаться общей задержкой интеллекта. Это в особенности относится к акту речи. Хорошо развитая речь представляет настолько сложный акт в смысле тонкости, отчетливости отдельных движений и определенной последовательности их, что должна прежде всего страдать, если развитие нервной системы с дифференцированием отдельных центров и путей нарушается патологическими процессами. Но расстройства ее могут зависеть не от нарушения общего развития в целом, а только от поражения речевых центров. На почве травматических повреждений (ушибы матери во время беременности, тяжелые роды), инфекций с мозговыми осложнениями возможны ограниченные нарушения, захватывающие иногда речевую область. Последствия здесь будут совершенно иные, чем у взрослого, у которого соответствующие центры вполне развиты. У ребенка с неразвитой еще речью не может быть афазических расстройств в собственном смысле;

поражение области зачатков будущих центров расстраивает или по крайней мере замедляет их дифференцирование и является причиной недоразвития речевой функции. В зависимости от локализации поражения характер недоразвития может быть различен; при достаточно развитой устной речи может быть задержана способность к чтению (словесная слепота) или письму. Иногда медленное развитие речи является частичным выражением плохой и отстающей в своем развитии моторики вообще. Такой генез нужно принять по отношению к явлению, известному под именем *alaliae idiopaticaе*, или немоты без глухоты (*Hörstummheit* немецких авторов). Такие дети не говорят и производят впечатление глухонемых, хотя не являются глухими. В дальнейшем, годам к 3—5, речь начинает развиваться, и в результате ребенок может во всех отношениях догнать своих сверстников. Большое значение в смысле выражения общего недоразвития имеют дефекты речи не тогда, когда они представляют изолированное расстройство, а когда сопровождаются другими аналогичными признаками. В этом отношении может иметь значение уже одна ограниченность запаса представлений. Постоянным признаком олигофрении являются более или менее значительные недостатки произношения: неясное произношение отдельных звуков, шепелявость, картавость. В том же смысле должно быть оценено недостаточно отчетливое производство сложных движений. Неловкость, неуклюжесть свойственны маленьким детям, и можно говорить о своего рода детской апраксии. Эти особенности, представляя возрастное явление у нормальных детей, у олигофренов могут красной чертой проходить через всю жизнь. Все же даже в таких случаях моторика может быть достаточно развита для того, чтобы олигофрен мог выполнять отдельные сложные движения, хотя бы после предварительной выучки.

Все-таки самыми существенными и наиболее характерными для олигофренов являются психические особенности, ■ частности интеллектуальные расстройства. Слабоумие олигофренов, как и в случаях других заболеваний, характеризуется общеизвестными признаками ослабления преимущественно высших интеллектуальных способностей, соображения, критики, комбинирования, способности счета и пр. Но здесь в отличие от состояний приобретенной психической слабости наблюдается очень много особенностей. Последние заметны уже в процессах усвоения и удержания в памяти, отражаясь очень существенно на кругозоре олигофрена. Механическая память может не представлять отличий сравнительно со здоровыми людьми, может быть даже высокой, но ассоциативная очень страдает. Вследствие затруднения понимания всего отвлеченного улавливание внутренних отношений, логической связи между отдельными явлениями как правило не удается. Поэтому сложные комплексы впечатлений, представляющих одно целое, если усваиваются, то просто как механическая смесь, конгломерат несвязанных обрывков. Олигофрен может иногда сравнительно легко заучить целые отрывки произведения, стихотворения, ряд пословиц, ходячих выражений и репродуцировать их большей частью очень не кстати, мало понимая внутренний смысл. В связи с этим стоит тот факт, что олигофрены не отличают обыкновенно главного от второстепен-

ного, смешивают в одну кучу явления разного порядка. Эта особенность свойственна, как известно, вообще очень ограниченным людям, но у олигофренов, у которых эта физиологическая ограниченность возведена в квадрат, она выражается особенно резко. По той же причине форма, внешний остов, усваивается лучше внутреннего содержания и смысла. Например при исследовании комбинирования по методу Бернштейна разрезанные на части картины складываются по контурам отрезков, а не по смыслу рисунка. Вследствие расстройства способности комбинирования и критики при оценке какого-нибудь явления им нехватает умения сопоставить вместе все те данные, которые необходимы для решения задачи; поэтому заключения делаются только на основании части материала, в особенности того, который сейчас находится перед глазами, и оказываются случайными и большей частью ошибочными. Все эти особенности делают олигофрена очень внушаемым и легко поддающимся авторитету другой более сильной и полноценной личности, равно как и влиянию среды. Будучи по самому своему существу не творцом, а копиистом, олигофрен в своей деятельности руководится примером других, рутинной и шаблонами, взятыми из окружающей среды. Его мышление на всю жизнь остается в той стадии конкретности, которая свойственна маленьким детям; оно кроме того носит печать большой зависимости от готовых образцов и характеризуется преобладанием формальной правильности над внутренней согласованностью и логичностью. Из доводов, которые можно привести при обсуждении того или другого явления, на олигофрена действуют главным образом те, которые более всего удовлетворяют его потребности в наглядности и возможности сведения на простые, конкретные, доступные его пониманию примеры. Очень характеризует олигофренов отсутствие иллюзии веса, появляющегося у нормального ребенка около 7 лет. Предметы, например кубы или шары разного объема, но равного веса, приблизительно с этого возраста начинают казаться не одинаково тяжелыми; именно меньший по величине предмет кажется более тяжелым. Между тем у олигофрена, как и у маленького ребенка, более тяжелым кажется тот предмет, который больше, так как для развития иллюзии нужна известная высота логического мышления, дающая возможность делать выводы из ряда предпосылок по такому типу: большие по величине предметы, сделанные из того же материала, что и маленькие, всегда оказываются более тяжелыми, если же этого не оказывается, очевидно тяжелее должен быть меньший по величине предмет. Этот признак, впервые указанный Демоором, очень характеризует психику олигофренов. Некоторые типические особенности можно найти и в содержании сознания, в объеме кругозора олигофрена.

Существенным признаком всех случаев олигофрении является отсутствие прогрессирования явлений, собственно слабоумия. Это недостаточность интеллекта (олигофрения означает собственно малоумие), которая принципиально отличается от все нарастающего оскудения психики, свойственного например шизофрении или эпилепсии. Недостаточность интеллекта у ребенка с годами может становиться ощутительнее вследствие отставания его психического

роста от его сверстников, но все же по существу здесь нет процесса дальнейшего ослабоумливания и, наоборот, можно констатировать даже некоторый интеллектуальный рост. Запас сведений, которыми располагает тот или другой субъект, лишь с известными оговорками может служить для характеристики высоты его интеллекта, так как он зависит от полученного образования и уровня окружающей среды. Некритическое отношение к результатам исследования интеллекта такими методами, которые главным образом рассчитаны на соответствии каждому возрастному году определенного запаса сведений (это прежде всего относится к методу Бине), было причиной ошибочного констатирования олигофрении или по крайней мере низкого интеллекта у эскимосов и других нацменьшинств, входящих в состав населения СССР. Особенности умственного кругозора во всех этих случаях конечно говорят не о слабости интеллекта, а о том, что у них развитие личности идет в условиях, несоизмеримых с теми, в которых вырабатываются общеупотребительные тесты. С другой стороны, несомненного олигофрена так можно нафаршировать разного рода сведениями, что при поверхностном рассмотрении он может произвести впечатление полноценности и даже одаренности. Необходим анализ круга сведений, которыми располагает олигофрен, причем обращается внимание не на абсолютное его богатство, а на характер преобладающих представлений. У олигофрена на первом месте оказываются знания и навыки конкретного характера, и притом такого, который ближе всего стоит к обычному миру больного и его интересам. Еще более характерной нужно считать одну особенность психики олигофренов, имеющую прямое отношение к структуре всей его личности. Несмотря на бедность представлений и даже убожество их внутреннего мира, общий их облик, направление интересов и симпатий делает их ■ известном смысле вполне взрослыми, иногда даже с оттенком чрезмерной серьезности и солидности, свойственным пожилым людям. Уступая по своему интеллектуальному развитию маленьким детям, по всему своему виду и поведению, манере держать себя, они не только не отстают от людей своего возраста, но иногда поражают даже чертами преждевременной старости, давая право думать о каком-то сенилизме.

Существует известная группа олигофренов, где на первом плане нужно поставить не столько недостаточное развитие интеллекта, сколько так сказать моральную неполноценность, недоразвитие представлений этического порядка, благодаря которому субъектом с одинаковой готовностью совершаются как безразличные действия, так и такие, которые могут причинить большой вред окружающим. Притчард еще в начале прошлого столетия выдвинул понятие нравственного помешательства—*moral insanity*,—предполагая, что в основе его лежат врожденные особенности психики. Нельзя отрицать, что в некоторых случаях имеются элементы моральной неполноценности как врожденного изменения, но больше приходится считаться с другими моментами. Во-первых, недостаточное развитие этических представлений может быть не врожденным признаком, а обусловлено дурными условиями среды. Ребенок, вырастая в личность, невольно усваивает взгляды окружающих, своих

близких. Попадая в дурную среду, он невольно воспринимает господствующие в ней воззрения, равняясь по ним и в своих поступках. Затем нужно иметь в виду, что недостаточный интеллект может быть причиной соскальзывания на путь совершения анти-социальных поступков без всякого недоразвития этических представлений.

Олигофрен всегда оказывается хуже вооруженным в борьбе за существование сравнительно с своими полноценными конкурентами. Не имея возможности занять определенное место равноправного сочлена в армии труда, он оказывается не в состоянии обеспечить сам свое существование, выбивается из колеи, опускается на дно, увеличивает кадры беспризорных и нищих. При таких условиях он часто вступает на путь преступлений. Обычно делается это под влиянием дурных примеров или даже прямого совращения. Как правило в этой деятельности олигофрены не бывают особенно активны, а являются исполнителями заданий, даваемых другими. Статистика показывает, что определенный процент преступлений, ■ особенности таких, как воровство, мошенничество, совершается олигофренами. Во многих случаях они делаются преступниками по непониманию своих действий. Сюда особенно относятся поджоги и пожары, устраиваемые для забавы. Может быть еще чаще олигофрены сами становятся жертвами криминальных действий, совершаемых другими. В особенности это относится к половым преступлениям.

Не случайно также, что среди проституток находили довольно большой процент олигофреничек. В частности так оказалось в извест-ных исследованиях Тарновской, в большом числе случаев констати-ровавшей низкий интеллект и малые размеры головы. Это не дает права говорить, как это делалось неоднократно, о существовании врожденных проституток, так как корни проституции лежат в без-работице и вообще социальных моментах, но несомненно, что слабая интеллектуальная вооруженность в борьбе за существование может способствовать соскальзыванию на этот путь.

Ввиду большой важности олигофреников в социальном отношении работа с ними представляет одну из существенных проблем, в раз-решении которой должны принять участие не одни психиатры. Про ф и л а к т и к а о л и г о ф р е н и и по существу является одной из главнейших задач общей профилактики, о которой была речь в общей части. Что касается более целесообразных мероприя-тий индивидуального характера, то прежде всего имеет значение возможно раннее распознавание наличности отставания в развитии и выяснение вызывающих его причин. Удалением последних при большой пластичности развивающегося мозга и свойственных ему викарных функций можно сделать очень много в смысле умень-шения интенсивности болезненных расстройств, если не пол-ного их устранения. При наличности стойких явлений отсталости необходимы меры медико-педагогического характера с постановкой вполне конкретной задачи вооружения олигофрена достаточными запасами, делающими его социально-пригодным, хотя бы в очень скромной и ограниченной области. Принимая во внимание сущность олигофрении, это главным образом должно быть обучение ремеслам, для чего необходимо устройство мастерских и рабочих колоний.

Естественно, что все олигофрены должны быть на особом учете специальной организации, обеспечивающей им материальную поддержку, работу и правовую защиту и гарантирующей этим от соскальзывания на пути, на которых они могут оказаться не только тяжким бременем для государства, но и опасными в социальном отношении.

Врачи, работающие в комиссиях по призыву в Красную армию и вообще по освидетельствованию красноармейцев, должны помнить, что олигофрены с нерезко выраженными явлениями могут не обращать на себя особенного внимания и попадать таким образом на военную службу, на которой скоро сказывается их недостаточность в слабой успеваемости учения, в нарушениях дисциплины, иногда в дезертирстве.

При судебномедицинских освидетельствованиях олигофренов нужно иметь в виду, что наличие ясных явлений недоразвития естественно не дает возможности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими, и потому исключено применение мер судебноисправительного характера и требуется принудительное лечение в психиатрических учреждениях преимущественно колониального типа. Однако необходимо тщательное обследование всех особенностей случая. По отношению к самым легким степеням олигофрении, не осложненным какими-либо психогенными наслоениями или психотическими вспышками, которые легко возникают на фоне лабильности, нецелесообразна безоговорочная квалификация состояния невменяемости и возможно применение обычных мер судебномедицинского характера.

Наиболее важные заболевания, сопровождаемые задержкой психического развития

Развитие мозга может быть задержано различными причинами. В редких случаях можно говорить о задержке развития в чистом виде на почве эндогенных причин; этот тип представлен главным образом микроцефалией. В других случаях тоже на основе эндогении приходится констатировать не только задержку, но и качественные отклонения, аномалии развития; сюда относятся семейная амавротическая идиотия, туберозный склероз. В-третьих, речь идет о поражении зачатка или об экзогенных поражениях мозга в ранние периоды жизни; сюда входят врожденный сифилис мозга, лобарный склероз, энцефалиты, и наконец четвертую группу составляют случаи общих заболеваний и эндокринопатий, при которых развитие мозга страдает постольку, поскольку расстраивается развитие всего организма.

Микроцефалия

Чистые и эксквизитные случаи микроцефалии не так часты, но они очень характерны, и кроме того как клинические симптомы при ней, так и анатомические изменения типичны для олигофрений в целом; они дают ключ к пониманию сущности явлений не только

в легких случаях микроцефалии, которые встречаются нередко, но и вообще при заболеваниях, ведущих к врожденному слабоумию.

При микроцефалии с большим постоянством отмечается тяжелая наследственность, и притом чаще всего прямое отягощение психозами у ближайших родственников. Как выражение этой эндогенной наблюдаются явления задержки развития, которые касаются всего тела, но больше всего затрагивают череп и мозг. При небольшом, но сравнительно пропорциональном туловище поражают чрезвычайно малые размеры головы, которые совершенно не со-



Рис. 123. Микроцефалка Паша, 15 лет.

ответствуют всему телу. Уменьшение относится за счет черепной части головы, тогда как лицо развито достаточно и кажется слишком большим. Уменьшение размеров черепа сравнительно со средними нормами часто достигает очень больших пределов. У взрослых микроцефалов окружность черепа вместо обычных 53—55 см измеряется 46—40 и даже меньшими цифрами. Форма черепа обычно брахицефалическая; лоб очень покат кзади (рис. 123). Необычайно малые головы сами по себе являются резким проявлением дегенерации, но у таких больных всегда можно найти много и других признаков. Со стороны движения не наблюдается очень грубых расстройств. В чистых случаях не должно быть собственно параличей и контрактур. Злоупотребляя понятием, иногда к микроцефалии относят все случаи с малыми размерами головы, хотя бы в основе были ясные указания на грубое повреждение мозга, выражающееся помимо слабоумия в целом ряде симптомов выпадения, параличей и пр. Согласно предложению Мингаццини было бы правильно отделять все такие случаи как псевдомикроцефалию.

Самый существенный признак — с л а б о у м и е, которое чрезвычайно различно по степени. В резко выраженных случаях оно должно быть квалифицировано как идиотия. Независимо от степени слабумие микроцефалов характеризуется известными особенностями, которые может быть представляют отчетливое выражение того, что свойственно вообще олигофрении. С. С. Корсаков в своей работе, основывающейся на описании известной Машуты, долгое время бывшей в психиатрической клинике Московского университета, показал, что можно говорить об особой психологии микроцефалов. Ее черты особенно выражены не у торпидных, а у подвижных больных этого рода. Она характеризуется почти полным отсутствием собственной активности, спонтанных побуждений и очень большой подражательностью. Микроцефалы в своем поведении подражают всему тому, что они видят или видели у других, довольно точно копируя все детали движений. Наблюдая издали, можно подумать, что больной сознательно отдается какому-нибудь занятию, имеющему определенную цель, например шитью, подметанию комнаты, уборке со стола. При ближайшем рассмотрении оказывается однако, что это только внешнее и грубое подражание действиям других без понимания их значения. Например предполагаемое шитье в действительности представляет только имитацию соответствующих движений без употребления иглолки; подметание комнаты у больной также является совершенно бессмысленным и не достигает цели даже в самой малой мере. Также слова, которые употребляют больные, хотя и в ограниченном количестве, совершенно не являются символами для соответствующих понятий, а только попытками воспроизведения слышанных звуков без понимания их смысла. Всем своим поведением, состоящим из подражания действиям других, микроцефалы очень напоминают животных, особенно обезьян. Эти особенности можно определенно сопоставить с недоразвитием полушарий большого мозга, особенно лобных долей, поражение которых и при вполне развитом мозге ведет к ослаблению инициативы. Все действия, представляющие попытки воспроизведения слышанного и виденного, очень близки к простым рефлексам. Известной картине со стороны физического строения, в частности лица и головы, а также характерным особенностям психики соответствуют своеобразные данные и со стороны мозга. Прежде всего обращают на себя внимание крайне малые его размеры. Самый малый вес, который был указан в литературе, — это 19 г, но это случай совершенно исключительный; обычно вес колеблется между 115—400 г, очень часты случаи микроцефалии с весом мозга ниже 100 г у мужчин и 1000 г у женщин. При этом общая конфигурация более или менее сохраняется. При ближайшем осмотре оказывается, что более всего недоразвиты полушария большого мозга, благодаря чему рейлиев островок часто остается открытым, хорошо видимым с поверхности, так как недоразвившиеся соседние извилины не закрывают его, как то бывает в норме. Те же причины ведут к тому, что мозжечок, при нормальных условиях совершенно закрытый полушариями с боков и сверху, остается свободным и доступным для обозрения почти со всех сторон.

Но все же дело не только в уменьшении размеров мозга. На микроцефалический мозг нельзя смотреть только как на уменьшенный

во во
ближ
чени
хара
в ос
разл
расп
всег
делен
за сч
боль
ло б
особ
яньей
каже
чрез
мую
в оди
М
тия м
ствен
они п
ший
его
Естес
черты
жизни
рые н
бывае
3 изв
ненно
разви
сравни
хардт
более
с пол
стран
гурад
непра
ства о
белого
Эт
тается
ной ф
в слу
микро
Друго
не вс
полно
дальш
щуюся

во всех направлениях орган с сохранением внутренней структуры; ближайшее ознакомление с самого начала заставляет прийти к заключению, что это мозг патологический. Это прежде всего видно из характера его борозд и извилин. Хотя наиболее крупные из них, в особенности сильвиева, отчасти и роландова, обычно могут быть различимы без особенного труда, этого нельзя сказать об остальных; расположение борозд атипическое, так что имеющиеся борозды не всегда можно назвать определенным именем. Благодаря этому и разделение на доли не особенно отчетливо. Не всегда можно сказать, за счет каких отделов имеет место недоразвитие полушарий, но все же большей частью преимущественно недоразвиты лобные доли. В некоторых случаях отмечена наличность особой атипической борозды в теменной доле, так называемой «обезьяньей борозды». Иногда извилины очень тонки, причем борозд кажется больше, чем их бывает в норме, иногда действительно они чрезвычайно многочисленны. Чаще всего это явление, так называемую микрогирию, можно наблюдать не во всем мозгу, а только в одной доле или части ее.

Микроцефалия является типическим примером задержки развития мозга, и на ней особенно ясно можно наблюдать признаки, свойственные и другим заболеваниям с характером недоразвития, чем бы они ни были вызваны. Общее явление, что всякий процесс, поразивший мозг в эмбриональной жизни, стремится как бы зафиксировать его на той стадии, на какой он находился в момент заболевания. Естественно поэтому, что и при микроцефалии мозг может сохранить черты, свойственные четвертому или пятому месяцу эмбриональной жизни, когда в нем были выражены кроме сильвиевой только некоторые наиболее крупные и постоянные борозды. Нередко при этом бывает, что во всей лобной доле можно констатировать только 2 или 3 извилины без намека на дальнейшее подразделение. Это несомненно и будет типично для микроцефалии. Вследствие слабого развития полушарий, как мы уже говорили, мозжечок оказывается сравнительно большим, и так называемый коэффициент его по Рейххардту (отношение между весом всего мозга и весом мозжечка) — более низким. По той же причине центральные ганглии сравнительно с полушариями оказываются занимающими очень большое пространство, что особенно заметно на фронтальных разрезах. Конфигурация может более или менее резко измениться от того, что при неправильном сформировании мозга отдельные участки серого вещества отшнуровываются от общей массы коры и погружаются в глубь белого вещества.

Это явление издавна носит название гетеротопии и считается одним из признаков аномального развития. В слабо выраженной форме оно не представляет большой редкости в мозжечке, даже в случаях, не имеющих прямого отношения к патологии, но при микроцефалии оно наблюдается в чрезвычайно экзотичной форме. Другой крупной макроскопической особенностью некоторых, далеко не всех, случаев микроцефалии является недоразвитие или даже полное отсутствие мозолистого тела. Как увидим дальше, оно представляет аномалию развития, чаще всего встречающуюся у идиотов. Довольно постоянным спутником микроцефалии

нужно считать также более или менее значительную внутреннюю водянку.

Изменения при микроцефалии интересны сами по себе, но они важны как пример целого ряда других заболеваний, где рано начавшийся процесс также ведет к тому, что помимо изменений, характерных для него, наблюдается ряд аномалий развития, более или менее одинаковых во всех таких случаях. Их можно встретить при наследственном сифилисе, врожденной водянке, порэнцефалии, лобарном склерозе.

Микроцефалия представляет также большой интерес со стороны своего генеза, так как в этом вопросе можно проследить довольно сложную эволюцию во взглядах, являющуюся отражением смены их в более широких областях патологии. Первое время господствовало мнение, что основа задержанного развития мозга лежит в каких-то посторонних причинах, и Вирхов в связи с этим предложил свою теорию преждевременного окостенения швов, благодаря которому малый и неподатливый череп не дает развиваться мозгу. На этом предложении был основан и способ оперативного лечения микроцефалии. Но эта теория была скоро оставлена, так как оказалось, что срастание швов далеко не постоянное явление, а Вейгандт доказал, что его не было и в том черепе, который послужил исходным пунктом для рассуждений Вирхова. На смену была выдвинута другая теория, именно Карла Фогта. Он принимал, что сущность микроцефалии подобно некоторым другим заболеваниям сводится к атавизму. В настоящее время согласно исследованиям школы Монакова оставлена и эта точка зрения; думают, что первичным нужно считать изменение зародыша в самые ранние периоды развития. Малые размеры черепа и малый мозг не относятся друг к другу как причина и следствие, а зависят от одних и тех же общих причин.

Семейная амавротическая идиотия

Как известно, под этим именем объединяют несколько групп родственных между собой заболеваний. Наиболее изучена и довольно отграничена от других детская форма, идиотия Тэй-Сакса в собственном смысле.

Она характеризуется известной триадой: все нарастающими парезами конечностей, доходящими до полного паралича, прогрессирующей слабостью зрения, оканчивающейся полной слепотой, причем офтальмоскопическое исследование обнаруживает характерные изменения желтого пятна, и глубоким слабоумием. Анатомические изменения в нервной системе впервые были описаны К. Шаффером. Самым характерным является общее для всей центральной нервной системы своеобразное изменение клеток, так называемое *к и с т о з н о е* *п е р с р о ж д е н и е*, вздутия всей клетки, особенно ее осевого цилиндрического отростка, образующие как бы мешки, соединенные узкой горловиной с самой клеткой (рис. 124); вместе с исчезновением внутриклеточных фибрилл в протоплазме клеток появляются зернышки, дающие характерные реакции окрашивания. Такие изменения в конце концов оканчиваются полной гибелью клетки, и в результате во всей коре констатируется значительное нарушение

архите
же ги
тельно
нервн
с кле
пает д
Ю
блюда
жизни
так о
форм
раста
того
руют
и пи
следн
присо
ная Я
ским
или
чае
а так
ниче
знак
что
санн
лева
ской
внут
стве
вити
нел
цеус
Пос
диф
лева
обор
одн
ниц
сущ
дру
онц
фис
себ
бол
Оп
28
бол
Як
ще

архитектоники. Наблюдается также гибель более или менее значительного количества миелиновых нервных волокон, но сравнительно с клетками это изменение отступает далеко на задний план.

Юношеская форма наблюдается на втором десятилетии жизни и с клинической стороны не так однородна. От тэй-саксовской формы ее отличает помимо возраста отсутствие изменений желтого пятна, вместо чего констатируются атрофия зрительных нервов и пигментозный ретинит. За последнее время к этим двум формам присоединена еще третья, описанная Янским и особенно Биельшовским. Она наблюдается на третьем или четвертом году жизни, отличается более длительным течением, а также некоторыми другими клиническими и анатомическими признаками. Самым важным оказалось,

что возможны различные переходы как между тремя только что описанными формами, так и с некоторыми другими родственными заболеваниями. Так, в некоторых случаях из той же группы амавротической идиотии описаны глубокие изменения клеток Пуркинью и внутреннего слоя зерен мозжечка, сближающие эти случаи с наследственной мозжечковой атаксией. В других констатировано недоразвитие белого вещества, недоразвитие миелиновых оболочек, ■ чем нельзя не видеть большого сходства с болезнью Мерцбахер-Пеллицеуса (так называемая *aplasia axialis extracorticalis congenita*). Последняя же до известной степени родственна некоторым формам диффузного склероза. Все это дает право рассматривать все эти заболевания как одну очень большую группу. Она несомненно является сборной, так как нельзя сказать, чтобы в основе всех случаев лежали одни и те же процессы, но несомненно также, что очень часто различия в анатомической картине объясняется не столько неодинаковой сущностью изменений, сколько различной локализацией в том или другом отделе нервной системы и неодинаковым возрастом.

В эту же группу диффузного склероза нужно отнести и мегалоэнцефалию, называемую также гипертрофией или псевдогипертрофией мозга. Последний в некоторых случаях идиотии обращает на себя внимание очень большой величиной и весом, чему соответствуют большие размеры черепа, хотя мозговой водянки и не наблюдается. Описаны случаи идиотии с весом мозга в 1440, 1874, 2480 и даже 2850 г. Внутреннее строение мозга в этих случаях представляет большое количество особенностей и в общем не всегда одинаково. Якоб в мозгу 3-летнего идиота с весом мозга в 1440 г. нашел утолщение мозговой коры с утончением белого вещества и в частности



Рис 124. Кистозное перерождение нервной клетки при амавротической идиотии.

мозолистого тела. Нервные клетки были многочисленны и очень большой величины, с разрастанием протоплазматической глии и образованием глиозных узелков. В некоторых случаях увеличение всего мозга нужно отнести главным образом на счет разрастания глии. Находят также инфильтрацию мозговых оболочек, периваскулярные скопления лейкоцитов, эндоартериальные изменения в капиллярах коры.

Туберозный склероз

Под этим именем описываются случаи особенного изменения мозга с характером глиоза, местами дающего опухолевидные разрастания. Заболевание носит, как теперь склонны думать, врожденный характер, хотя симптомы его впервые могут обнаружиться спустя довольно долго после рождения. Они сводятся главным образом к судорожным припадкам и слабоумию, глубина которого обычно не соответствует их частоте. Первое описание этого рода принадлежит Бурневиллю, почему эта болезнь иногда называется его именем. Явления склероза иногда впервые обнаруживаются на вскрытии ■ качестве случайной находки. В некоторых случаях мозг обращает на себя внимание своим весом и объемом, далеко выходящими за обычные нормы, но это не всегда является правилом. Самое характерное со стороны макроскопической картины—это то, что консистенция мозговой ткани в некоторых участках оказывается более плотной; реже в веществе мозга, особенно под эпендимой желудочков, можно констатировать обособленные узелки величиной с булавочную головку или просяное зерно. При микроскопическом исследовании в местах, свободных от уплотнений, нередко не обнаруживается особенных нарушений архитектоники, хотя в клетках могут быть отмечены как хронические, так и острые изменения. Периферический глиозный слой часто бывает утолщен, причем это утолщение обычно бывает неравномерно. Картина глиоза особенно выражена ■ уплотненных участках. Самая характерная особенность туберозного склероза—это присутствие больших атипических клеток, относительно происхождения которых существует много разногласий.

Что касается существа процесса при туберозном склерозе, то теперь оставлен взгляд Бурневилля, по которому это—интерстициальное хроническое воспаление. Оставлено также и мнение о туберозном склерозе как своего рода опухоли. Наиболее вероятно, что в основе его лежат, как думает Пелицци, а н о м а л и и р а з в и т и я, и дело сводится к тому, что глия сохраняет эмбриональную способность давать атипические разрастания—наклонность, сближающая туберозный склероз с эпилепсией и другими глиозами. Заслуживает внимания, что при туберозном склерозе неоднократно были находимы опухолевидные разрастания в надпочечниках, а также в коже, где они носят название *adenoma sebaceum*. Не без основания делается и сближение с неврофиброматозом, называемым также болезнью Реклингаузена. Суть этой болезни сводится к разрастанию клеток шванновской оболочки, которые по своему происхождению идентичны с глиозными элементами. Таким образом в основе обоих заболеваний лежит аналогичный процесс—наклонность глии

к разрастаниям, будет ли то в мозгу или периферических клетках. Следует заметить, что кожные узелки иногда могут помочь поставить верный диагноз.

Водянка головного мозга, гидроцефалия

Водянка мозга принадлежит к числу очень частых заболеваний детского возраста, ведущих к задержке развития. Скопление жидкости в полости мозговых желудочков (внутренняя водянка) и между поверхностью мозга и паутинной оболочкой (наружная водянка) может возникнуть в различные периоды жизни и от различных причин. Антон показал, что развитие головной водянки в некоторых случаях можно рассматривать как аномалию развития, остановку его на одном из ранних периодов. Очень часто она является результатом воспалительных процессов развивающегося мозга. У детей различные мозговые заболевания особенно легко осложняются водянкой, причем она, по существу являясь вторичной, настолько доминирует над остальными явлениями, что приобретает характер чего-то самостоятельного. В основе таких случаев лежат часто сифилис в менингитической или сосудистой форме, менингиты и энцефалиты как осложнения детских инфекций.

Ввиду того, что головная водянка является не каким-либо самостоятельным заболеванием, а анатомическим понятием определенных изменений, в основе которых могут лежать разные процессы, клиника ее не может быть очень определенной. Но все же при всем разнообразии отдельных случаев есть ряд симптомов, которые можно считать постоянными. Самое характерное конечно заключается в величине и форме головы. Резче всего увеличение сказывается на окружности головы, которая часто превышает 60, 70 и даже 80 см. Но величина головы сама по себе не является характерным признаком, в особенности если она не так значительно превышает средние нормы. Нужно иметь в виду, что возрастные нормы детей представляют еще большие колебания, чем различные величины, характеризующие череп взрослого. Оставляя в стороне очень редкие случаи мегалэнцефалии—аномалии развития, при которой мозг и череп отличаются очень большими размерами,—нужно иметь в виду, что череп часто изменяется в форме и величине во многих случаях конституциональных заболеваний и эндокринопатий. Для гидроцефалии характерно не только то, что череп очень велик, но и то, что он имеет резко выраженную шарообразную форму. Череп иногда сравнительно велик при рахите, но там он благодаря выдающимся лобным и теменным буграм представляет четырехугольную форму. Черепная часть головы гидроцефалов нависает над основанием и лицевой частью, так что лицо кажется очень маленьким придатком к черепу (рис. 125). Лоб кажется очень большим и выпуклым. Если водянка, что очень часто бывает, является врожденной, наблюдается долгое незакрытие родничков, причем сдавление скопившейся жидкости может вызвать расхождение черепных швов. В сомнительных и слабовыраженных случаях большие услуги может оказать энцефалография. На снимках расширение желудочков выступает очень ясно. Очень часто наблюдаются косоглазие и другие



Рис. 125. Мальчик микроцефал и мальчик с водянкой головного мозга.

симптомы пареза черепных нервов. Двигательная система обычно поздно и медленно развивается. Даже в тех случаях, в которых не констатируется собственно параличей, отмечается, что больные страдают слабостью в ногах. Речь часто развивается удовлетворительно, иногда даже сравнительно рано. Черты несколько раннего развития можно иногда отметить и в интеллектуальной сфере, но они обычно скоро затушевываются симптомами противоположного порядка и тонут в общей массе признаков психического недоразвития. Можно думать, что некоторые признаки раннего развития являются симптомами раздражения со стороны накопившейся жидкости. Интеллект большей частью страдает, но степень его ослабления очень различна. В отдельных случаях он может оказаться даже на высоте. В особенности обращает на себя внимание возможность частичной высокой одаренности, например способность к счету, хороший музыкальный слух. В сильно выраженных случаях водянки интеллект всегда страдает, нередко гранича с самыми

крайними степенями слабоумия. Характерно для гидроцефалов, что больше всего страдают не отдельные способности, а умение пользоваться с целевыми представлениями. Даже обладатели какого-нибудь таланта не в состоянии его использовать и обычно нуждаются в попечении, будучи совершенно беспомощны в практической жизни. Иногда гидроцефалы обнаруживают склонность к своеобразной шутливости. Как проявление раздражения нужно рассматривать также нередко наблюдающиеся у них судорожные припадки. Гидроцефалы в особенности с резко выраженными проявлениями болезни редко достигают зрелого возраста, погибая в детстве от каких-нибудь случайных заболеваний.

При вскрытии в случаях водянки находят растяжение желудочков лимфатической жидкостью, количество которой доходит до литра и более. Жидкость характеризуется очень низким содержанием белка и большим содержанием солей. Под давлением скопившейся жидкости подвергается атрофии мозговое вещество, и деформируется череп. Давлению и атрофии подвергается больше всего белое вещество, но страдают, хотя и меньше, кора, а также основные ганглии и мозжечок. Под давлением жидкости иногда атрофируется мозговое вещество, разделяющее боковые желудочки, в результате чего они сливаются в одну общую полость. В резко выраженных случаях мозг может превратиться в тонкостенный пузырь со стенками, в которых при микроскопическом исследовании не без труда можно констатировать картину, напоминающую строение коры. При микроскопическом исследовании оказывается, что скопление лимфатической жидкости очень выражено и в самом веществе мозга, именно периваскулярные и перичелюлярные пространства резко расширены. Вместе с тем, как и в других случаях этой группы, в расположении нервных клеток и в их внутреннем строении ясно выступает эмбриональный характер, хотя бы речь шла о детях старшего возраста или даже о взрослых субъектах.

Лечение гидроцефалии обещает успех только при возможности воздействия на основную причину (например сифилис). Симптоматически назначают иод. Оперативное лечение (пункции желудочков) дает только временные результаты, иногда дает осложнения (менингит), кончающиеся летально.

Эндокринопатии

Так называемые дизаденоидные расстройства потому играют роль в происхождении олигофрении, что наблюдаемые при них более или менее резкие нарушения общего развития не могут не затронуть и нервной системы, так как между ростом мозга и деятельностью закрытых желез существуют определенные корреляции. Последние прежде всего были установлены для надпочечников и щитовидной железы. Констатировано, что в случаях полного недоразвития мозга, так называемой *анэнцефалии*, бывают неразвиты и надпочечники. Еще более определенная роль в процессах развития мозга, регенерации нервной ткани, даже в способности образовывать условные рефлексы принадлежит щитовидной железе. Что же касается

гипофиза, то помимо его отношения к вегетативным процессам нужно учитывать и недавно открытую прямую анатомическую связь с центрами промежуточного мозга.

Кретинизм

Понятие кретинизма как определенного типа аномального развития с характерными симптомами и психическими признаками было установлено задолго до того, как была доказана связь его с выпадением функции щитовидной железы. С соматической стороны кретинизм характеризуется более или менее значительным общим уменьшением роста, но этот инфантилизм, как это и свойственно желези-стым инфантилизмам (тип Бриссо), характеризуется отсутствием пропорциональности в размерах отдельных частей, короткими и массивными костями конечностей, короткой шеей, короткими и толстыми пальцами и большой неуклюжестью сложения. Голова обыкновенно меньше средних норм. Относительно строения лица характерны широкая переносица, западение корня носа, грубость очертания лица, толстые веки, губы, толстый язык. К постоянным признакам эндемического кретинизма нужно отнести зоб, в спорадических же случаях совсем не удается прощупать щитовидной железы. Типичным нужно считать задержку развития половых органов и вторичных половых признаков. Но волосы растут мало также и на голове и на бровях, обычно бывают сухи и ломки, легко выпадают. Слабо выраженный рост волос сказывается нередко в полном отсутствии их в наружной трети бровей (симптом Ротшильда). Все эти явления стоят в прямой зависимости от выпадения функции щитовидной железы; в некоторых случаях к ним присоединяется своеобразное явление ожирения. Кожа благодаря ему кажется утолщенной, точно оте-хой, но давление никакого следа не оставляет. Кожа обычно суха, холодна наощупь. Увеличение количества жира особенно бывает велико в области живота, который кажется обвисшим, выдающимся вперед. В таких случаях говорят о микседематозном кретинизме. Все это вместе с характерным выражением лица придает своеобразный отпечаток внешнему виду таких больных (рис. 126). Психика кретинов помимо элементов более или менее значительной отсталости характеризуется рядом своеобразных черт, позволяющих говорить об особой их психологии. Все интеллектуальные процессы, особенно усвоение, текут у них медленно, с большими затруднениями. Способность удерживания в памяти ослаблена. В связи с этим кретины не любят нового и очень консервативны. Они любят внешний порядок и аккуратность и протестуют против их нарушения. Кругозор и интересы их очень ограничены, но в общем обилие их мало черт, могущих говорить об инфантилизме. Наоборот, всем своим поведением, манерой держать себя они напоминают маленьких старичков, любят ворчать, иногда же проявляют большую раздражительность и даже злобность. Обычно охотно идут на ласку и похвалы, очень обидчивы; в социальных отношениях большей частью проявляют себя как большие эгоисты и собственники.

Сущность кретинизма сводится к выпадению функций щитовидной железы, но ближайшие причины заболевания недостаточно выяснены. Существование кроме единичных спорадических случаев кретинизма, которые можно встретить в каждой местности, эндемического кретинизма, очень распространенного в некоторых горных местностях (Швейцария, Тироль, у нас Сванетия), заставляет думать о каких-то общих условиях почвы и питьевой воды. Думают о недостатке солей в питьевой воде и в частности иода.

В таких случаях и при наличии собственно микседематозных явлений с пользой можно применять тиреоидин. Вполне выраженные случаи не дают результатов от какого бы то ни было лечения.

Профилактика кретинизма сводится к изменению общих условий жизни, снабжению населения хорошей питьевой водой; полезно переселение в другую местность. Рекомендуют проживающим в местностях, в которых часто бывают случаи кретинизма, с профилактической целью принимать иод и тиреоидин.



Рис. 126. Микседематозный кретинизм у девушки 18 лет.

Расстройства вследствие поражения гипофиза

Раздражение передней доли этой железы ведет у взрослых, как это известно, к акромегалии. Если заболевание начнется задолго до окончания роста, развивается картина общего гигантизма. При гипофункции передней доли, наоборот, наблюдается уменьшение роста—гипофизарный инфантилизм (рис. 127). В том и другом случае как правило наблюдается более или менее значительное недоразвитие интеллекта. Особенный интерес представляют случаи с поражением задней доли гипофиза, при которых наблюдается своеобразный симптомокомплекс, связанный с именем Фреликса, но более известного под именем адипозогенитальной дистрофии. Самое характерное при этом заболевании заключается в общем ожирении, которое больше всего поражает подкожную клетчатку и выражено более или менее равномерно по всему телу; иногда в нижних частях предплечий и вокруг шеи можно констати-

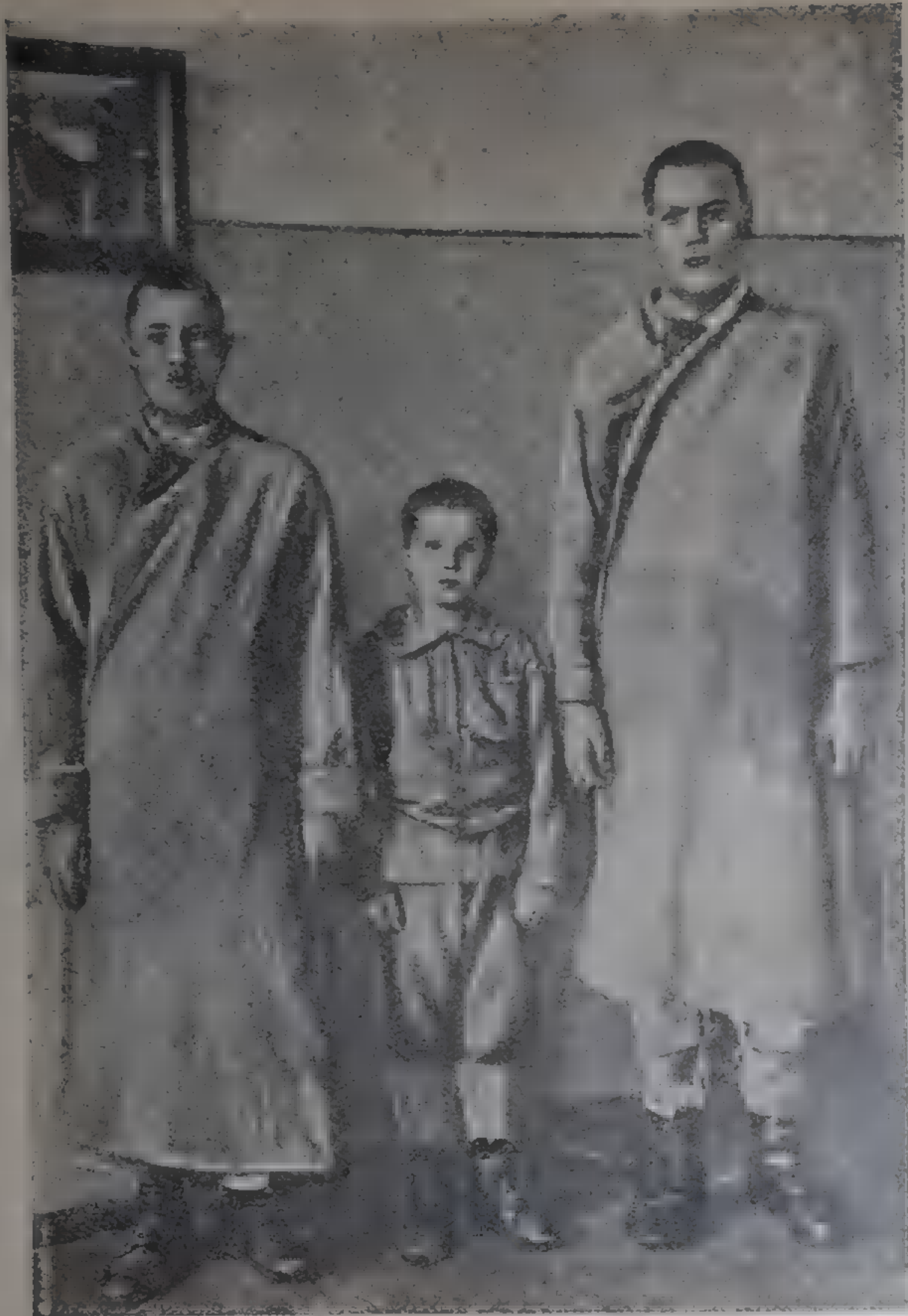


Рис. 127. Мальчик, страдающий гипофизарным инфантилизмом; снят вместе с мужчиной среднего роста и с больным гигантизмом.

ровать особенно утолщенные участки подкожной клетчатки в форме круговых валиков. Другой отличительный признак—недоразвитие половых органов и слабое развитие вторичных половых признаков. Рост и пропорциональность сложения не страдают особенно заметно; этими признаками, а также вышеуказанными особенностями в распределении жира этот вид эндокринопатии отличается от кретинизма (рис. 128). Расстройство обмена в этих случаях касается главным образом углеводов. Со стороны психики—более или менее значительная задержка развития, иногда с вялостью, иногда с признаками бесцельного беспокойства. На вскрытиях находят обыкновенно опухоли гипофиза.

При поражении шишковидной железы (обычно опухолями) наблюдается раннее половое развитие, отчасти преждевременное развитие всего тела, с ожирением или кахексией. Психика страдает более

или менее значительно. Тщательно описанных случаев этого рода имеется не так много, и все они чем-нибудь отличаются друг от друга, так что определенного клинического симптомокомплекса, связанного с поражением *gl. pinealis*, не установлено.

То же следует сказать относительно надпочечников. Вследствие повышенной деятельности коркового вещества наблюдаются ускоренный рост, преждевременное половое развитие и в то же время психическая слабость. Гипофункция коркового вещества ведет к нарушению роста и задержке интеллектуального развития.

Г. Фогт выделил особые случаи идиотии, в которых генез приходится связывать с понижением деятельности зобной железы (*idiotia thyrica*). Она характеризуется карликовым ростом, ломкостью костей, вялостью мускулатуры и глубоко выраженным психическим недоразвитием.

Совершенно своеобразный клинический симптомокомплекс представляет монголоидная идиотия, или монголизм. В генезе ее предполагают также эндокринные расстройства, но едва ли одной какой-нибудь железы, а нескольких, и притом в особой форме. Монголоидная идиотия впервые была описана Лангдон-Доуном в Англии, но затем также во всех других странах, причем оказалось, что это довольно частая форма заболевания. Она характеризуется общим недоразвитием, но в особенности своеобразным сложением, напоминающим признаки, свойственные монгольской расе. Череп небольшой величины, большей частью брахицефалической формы. Лицо плоское с косо поставленными глазами, нередко с особой полулунной складкой кожи внутреннего угла глаза. Рот большей частью открыт, язык широкий с большим количеством борозд (*lingua scrotalis*). Обычно наблюдается недоразвитие костного скелета с отсутствием отдельных мелких костей, например запястья. Типична очень большая подвижность суставов, позволяющая придавать конечностям самые необычайные положения



Рис. 128. Мальчик с адипозо-генитальной дистрофией.

льно.
нных
меет-
е они
ются
что
ниче-
плек-
раже-
е ус-
казать
почеч-
е по-
ности
а на-
енный
менное
и в то
ческая
нкция
а ведет
а и за-
ально-
ил осо-
тии, в
иходит-
ониже-
зобной
а th y-
актери-
м ростом

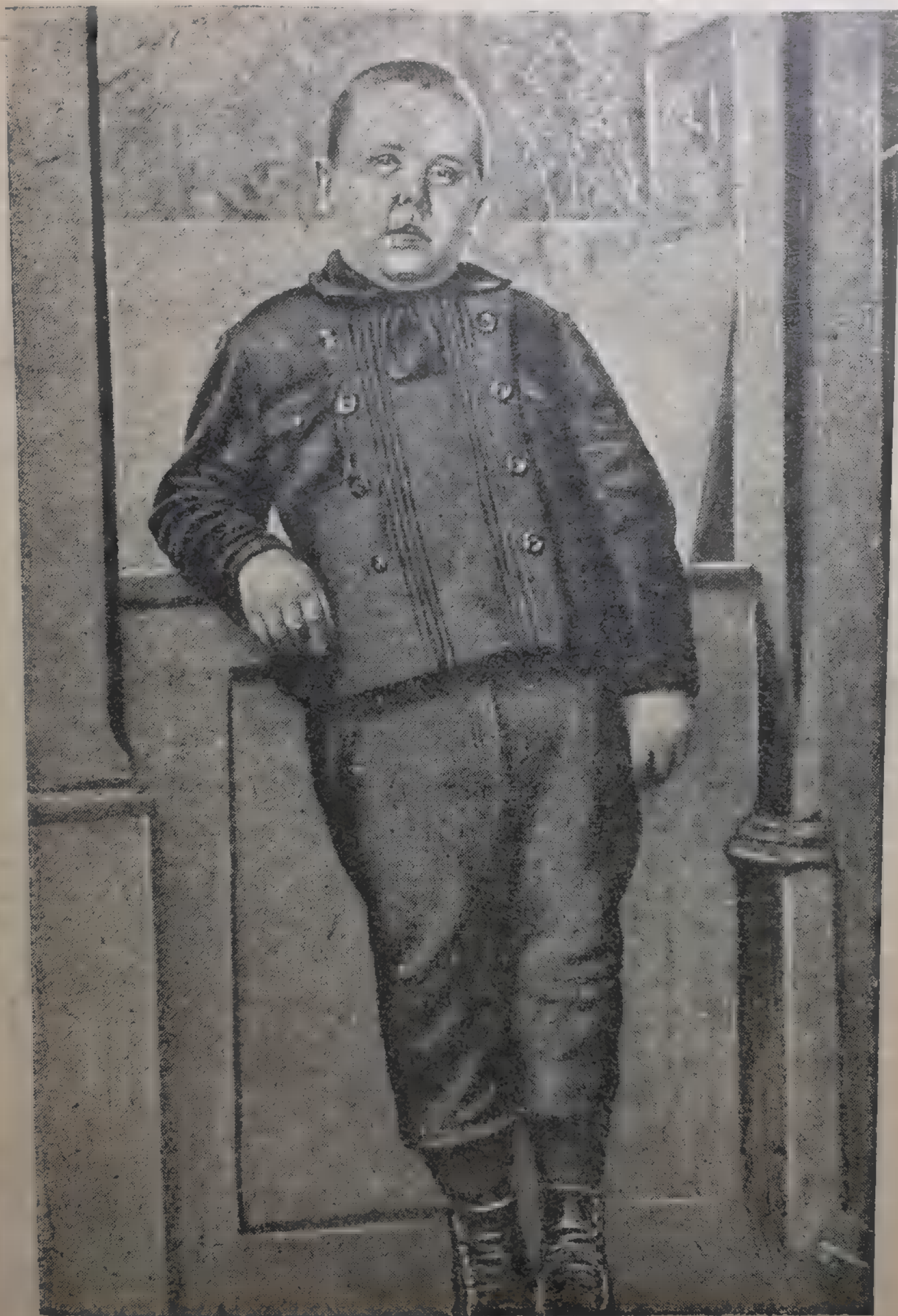


Рис. 128. Мальчик с адипозо-генитальной дистрофией.



Рис. 129. Мальчик-монголоид.

(рис. 129). Движения неловки, мимика однообразная, с ясными признаками недоразвития. Со стороны психики более или менее выраженная картина слабоумия, иногда граничащая с идиотией.

В этиологии монголизма придают большое значение истощающим моментам у родителей, часто отмечают пожилой возраст последних и то обстоятельство, что монголоиды обычно последние дети в многодетных семьях. Большинство авторов держится теории эндокринного происхождения заболевания, но какие именно железы поражаются и какое положение монголизм занимает в ряду других эндокринных расстройств, остается невыясненным. Вас и Вейгандт думают о своеобразной астении всех эндокринных желез. М. Я. Серейский выделяет 2 группы монголоидных идиотов: одну

с преимущественным поражением щитовидной железы, другую — надпочечников. А. И. Винокурова считает, что в основе монголизма лежит своеобразная эндокринная атаксия, расстройство корреляции в деятельности отдельных желез благодаря первичному поражению в нервных центрах, регулирующих их функцию.

Явления эндокринных расстройств представляют мало благодарную задачу для лечения. Вытяжки из закрытых желез могут иногда принести лишь незначительную и скоропреходящую пользу, если уже произошло неправильное формирование нервной системы и всего организма. При монголизме иногда приносит некоторую пользу тиреоидин. Рекомендуется также рентгенизация области гипофиза.



Рис. 129. Мальчик-монголоид.

(рис. 129).
ки, ми
ясными
вития.
более и
картина
гранича

В э
придаю
истоца
дителей
пожило
и то об
голоидь
дети в
Больши
жится
происхо
но каки
ражают
монголи
других
ройств,
ным. Ва
о своеоб
эндокри
Серейск
монголо

с преимущественным поражением щитовидной железы. В



Рис. 129. Мальчик-монголоид.

(рис. 129).
ки, ми
ясными
вития.
более и
картин
гранича

В э
придаю
истоца
дителей
пожило
и то об
голоидь
дети в
Больши
жится
происхо
но каки
ражают
монголи
других
ройств,
ным. Ва
о своеоб
эндокри
Серейск
монголо

с преимущественным поражением щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА

К главе 1 Сущность психоза

- Арямов И. А., Рефлексология детского возраста, Москва, 1927.
Бехтерев В., Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы.
Сборник.
Birnbau K., Der Aufbau der Psychose, 1923.
Esomomo C., Zellaufbau der Grosshirnrinde des Menschen, Berlin, 1927.
Hoche, Die Bedeutung der Symptomocomplexe in der Psychiatrie, Z. Neur., 1912.
Jakob A., Anatomie und Histologie des Grosshirns Leipzig u. Wien, 1927.
II Teil. Spezielle Histopathologie des Grosshirns, 1929.
Jaspers, Allgemeine Psychopatologie, Berlin, 1923.
Иванов-Смоленский А. Г., Основные проблемы патофизиологии
выш. верв. деят., Медгиз, 1933.
Иванов-Смоленский А. Г., Гуревич М. О. и др. Эксперимен-
тальные исследования выш. нервн. деят. ребенка, М., 1933.
Kleist, Die gegenwärtige Strömungen in der Psychiatrie, Berlin und Leipzig, 1925.
Корнилов К. Н., Учение о реакциях человека, Москва.
Коффка К., Основы психического развития, 1934.
Kretschmer E., Medizinische Psychologie, Leipzig 1926.
Кюерпер, Der Grundplan d. Nervensystem und der Lokalisation d. Psy-
chischen, Z. Neur., Bd. 75. 1922.
Лешли К. С., Мозг и интеллект, 1933.
Monakow C. V. et Mourgue B., Introduction biologique à l'étude de
la neurologie et de la psychiatrie, Paris, 1928.
Павлов И. П., Акад., 20-летний опыт объективного изучения высшей нерв-
ной деятельности, 1923.
Spezielle Physiologie des Zentralnervensystems der Wirbelthiere. Под редакцией
Bethe, Bergmann и др. Handbuch der norm. u. path. Physiologie Bd. 10
Berlin, 1927).
Scherrington C. S., The integrative Action of the Nervussystem, New York, 1906.
Schneider K., Probleme der Klin. Psych., 1932.
Feuchtwanger E., Die Functionen des Stirnhirns, Berlin, 1923.
Watson I. B., Psychology from the stand point of a behaviorist, London, 1919.
Уотсон, Психология как наука о поведении.
Шеррингтон К. С., Ассоциация спинномозговых рефлексов и принцип
«общего поля», русский перевод, сборник «Успехи биологии», Одесса, 1912.

К главам 2—7. Общая симптоматика душевного расстройства

- Alber A., Atlas der Geisteskr., Berlin u. Wien, 1902.
Bergson, Matière et mémoire, Paris, 1911.
Beringer, Der Meskalinrausch, Berlin, 1927.
Birnbau K., Der Aufbau der Psychose, 1923.
Birnbau K., Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildung der Dege-
ner., 1908.
Bleuler, Extrakampine Halluzinationen, Psych.-neur. Woch., 1903.
Bumke O., Das Unterbewusstsein, Berlin, 1922.

- Bürger H., Über Enceph. und Zwang, Z. Neur. Bd. 113.
 Claude et Ey, Evolution des idées sur l'hallucination, L'Encephale, № 5, 1932.
 Claude et Eyr, Le problème des hallucinations, L'Encephale, № 7, 1933.
 Mayer Gross, Die Selbstschilderungen der Verwirrtheit, 1924.
 Mayer Gross, Pathologie der Wahrnehmung, Handbuch von Bumke, Bd. I, 1928.
 Goldstein K., Weitere Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen, Z. New., Bd. 14.
 Goldstein K., Das Symptom et cet., Arch. für Psych., Bd. 76.
 Hagen, Die Sinnestäuschungen et cet., Leipzig, 1837.
 Давиденков С. Н., К вопросу об эхололии, Совр. пс., 1911.
 Jahrreiss, Störungen des Denkens, Handbuch von Bumke, Bd. I, 1928.
 Jensch W., Über psychophysischen Konstitutionstypen, Z. Neur. Bd. 97, 1925.
 Кандинский В. X., О псевдогаллюцинациях, Петербург, 1890.
 Kant O., Über die Psychologie der Depression, Z. Neur., Bd. 113.
 Жислин С. Р., Körperbau, Motorik, Handschr., Z. Neur., Bd. 98, 1928.
 Карпов П. И., Творчество душевнобольных, М., 1926.
 Pfeiffer B. A., Der Geisteskranke und sein Werk, Leipzig, 1923.
 Prinzhorn H., Bilderei der Geisteskranken, Berlin, 1922.
 Kehrer F., Strukturanalyse, Handbuch von Bumke, Bd. I, 1928.
 Kirschhoff, Der Gesichtsausdruck und seine Bahnen, Berlin, 1922.
 Klages L., Einf. in die Psychol. der Handschr., 1924.
 Kleist K., Gehirnpathologie u. Lokalis. Erg., Mschr. Psych., 79, 1931.
 Kraepelin E., Delirien, Halluzinose und Dauervergiftung, Arch. f. Psych., Bd. 54.
 Леонтьев А. Н., Развитие памяти, 1931.
 Mourgue, Le problème biologique de l'hallucin., Ann. méd, psych., 1931.
 Mourgue, La neurobiologie des hallucinations, 1933.
 Pick, Eine Selbstbeobachtung als Beitrag zum Leib-Seele-Problem, Berlin, 1921.
 Розенштейн Л. М., Zur Psychol. des extremen Hungers.
 Scheid K. F., Die alles. Psychopath. im Jahre 1933, Fortschr. der Neur. u. Psych., № 4, 1934.
 Schilder, Über Halluzinationen, Z. Neur., Bd. 53.
 Schilder, Selbstbewusstsein und Persönlichkeitbewusstsein, Berlin, 1914.
 Schilder, Das Körperschema, Berlin, 1923.
 Schilder, Wahn und Erkenntnis, Berlin, 1918.
 Schroeder, Zur Lokalisation der Halluzinationen, Arch. f. Psych., Bd. 76.
 Schroeder, Das Halluzinieren, Z. Neur., Bd. 101.
 Steiner J., Pathologie der Wahrnehmung, Handbuch von Bumke, Bd. I, 1928.
 Stocker, Über die Genese der Wahnideen, Z. Neur., Bd. 49.
 Wahl, Les délires archaïques, Ann. medicopsych., 1923.
 Witry, Über die Dauer von Halluzinationen, Schweizer. Arch. für Neur. und Psych., Bd. 18.
 Westermann E., Über die vitale Depression, Z. Nerv., Bd. 77, 1922.

К главе 8. Соматические изменения при психозах

- Allers, Die Anwendung und Bedeutung der Immunitätsforschung in der Psychiatrie, Zschr. f. Chemother., 1910.
 Allers, Ergebnisse Stoffwechselpathologie untersuchungen bei Psychosen, Z. Neur., Bd. 5 u. 6, 1912.
 Kafka, Serologie der Geisteskrankheiten, Handbuch von Bumke, Bd. 3, 1928.
 Kafka, Serologische Methoden, Ergebnisse und Probleme in der Psychiatrie, 1924.
 Kaufmann M., Beiträge zur Pathol. des Stoffwechsels bei Psychosen, Jena, 1908.
 Küppers E., Blutdruck. Vasomotorische Störungen, Blutverteilung, Handbuch von Bumke, Bd. 3, 1928.
 Rosenfeld M., Die neurol. Stör. bei Geisteskrankheiten, Handbuch von Bumke, Bd. 3, 1928.
 Müller, Lebensnerven.

- Шамбуров Д. А., Спинномозговая жидкость. Сифилис нерв. системы, М., 1927.
- Wuth O., Untersuchung über die körperliche Störungen bei Geisteskranken, Berlin, 1922.
- Wuth O., Körpergewicht. Endokrines System. Stoffwechsel, Handbuch von Bumke, 1928.
- Ющенко А. И., Das Wesen der Geisteskrankheiten, 1914.

К главе 10. Исследование психического состояния

- Бернштейн А. Н., Экспериментально-психологическая методика распознавания душевных болезней. М., 1908.
- Бернштейн А. Н., Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. М., 1922.
- Бернштейн М. С., Блонский П. П., Смирнов А. А. и Шуберт А. М., Тесты. Сборник, М., 1929.
- Бехтерев В. М., и Владычко С. Д., Материалы к методике объективного исследования душевнобольных, 1919.
- Зиновьев П. М., Экспериментальные данные к вопросу об особенностях комбинирующего осмысления у душевнобольных, Совр. псих., 1910.
- Иванов-Смоленский А. Г., Методика исследования условных рефлексов у человека, Лгр., 1928.
- Lipmann O., Handbuch psycholog. Hilfsmit. der psychiatrisch. Diagnostik, Leipzig, 1922.
- Pauli, Psychologisches Praktikum, Jena, 1923.
- Россолимо Г. И., Психологические профили.
- Sommer R., Lehrbuch der psychopath. Untersuch.-Methoden, Berlin und Wien, 1899.
- Штерн В., Психологические методы исследования умственной одаренности.

К главе 11. Наследственность и вырождение

- Birnbaum K., Grundzüge der Kulturpsychopathologie, München, 1924.
- Бумке О., Культура и вырождение, 1926.
- Давиденков С. Н., Наследственные болезни нервной системы, Харьков, 1925.
- Entres I. L., Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Vererbung, Keimschädigung. Bumke O., Handbuch der Geisteskrankh., Bd. I, 1929.
- Joerges J., Psychiatrische Familiengeschichten, Berlin, 1919.
- Kahn E., Schizoid und Schizophrenie im Erbgang, Berlin, 1923.
- Kehrer F. u. Kretschmer E., Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin, 1924.
- Kehrer F., Erblichkeit und Nervenleiden, Berlin, 1928.
- Luxemburger H., Keimschädigung, Konstit., Rasse, Fortschr. der Neur. Psych., № 3, 1932.
- Морган Т., Структурные основы наследственности, М., 1924.
- Rüdin E., Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox, Berlin, 1916.
- Tendeloo N. Ph., Konstitutionspathologie und Erblichkeit, Berlin, 1921.
- Haecker V. u. Ziehen Th., Zur Vererbung und Entwicklung der musikalischen Begabung, Leipzig 1923.
- Hoffmann H., Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen, Berlin, 1921.
- Hoffmann H., Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis, Berlin, 1926.
- Hoffmann H., Vererbung und Seelenleben, Berlin, 1922.
- Шоломович А. С., Наследственность и физические признаки вырождения у душевнобольных и здоровых. Казань, 1913.
- Юдин Т. И., О характере наследственных взаимоотношений при душевных болезнях, Совр. псих., 1913.
- Юдин Т. И., К вопросу о генной структуре шизотимии, шизоидии и генетическом происхождении шизофрении, Совр. психо-невр., 1925.

К главе 12. Понятие о конституции в психиатрии

- Bauer I., Die konstitutionelle Disposition zu inn. Krankheiten, 3. Aufl, Berlin, Springer, 1924.
- Birnbaum, Die psychopatischen Persönlichkeiten.
- Белов, Физиология типов, Орел, 1924.
- Bratz, Über affektepileptische Anfälle, Mschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 29, 1911.
- Delbrück, Die pathologische Lüge, Stuttgart, 1891.
- Dupre, Mythomanie infantile. L'Encephale, 1909.
- Freud S., «Я и оно». Русский перевод. Лгр., 1924.
- Janet, Неврозы, «Космос», М., 1911.
- Jensen, Über psychophysische Konstitutionstypen, Z. Neur. Ps., Bd. 97, 1925.
- Klages, Principien d. Charakterologie, Leipzig, Barth, 3. Aufl., 1921.
- Klages, Einführung in die Psychologie der Handschrift, Stuttgart, 1924.
- Kraus, Die allgemeine u. spezielle Pathologie d. Person, Leipzig, 1919.
- Kretschmer, Телосложение и характер.
- Kahn E., Die psychopatischen Persönlichkeiten, O. Bumke, Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. V.,
- Martius, Konstitution und Vererbung in ihrer Bezieh. zur Pathologie, Berlin, 1924.
- Pende, Konstitution u. innere Sekretion, Budapest — Leipzig, 1924.
- Lavater et Gall, Physiognomie et phrenologie, Paris.
- Peritz, Введение в клинику внутренней секреции, Укрпросиздат, 1924.
- Pfaundler, Was nennen wir Konstitution, Kl. Wschr., № 17, 1922.
- Schneider K., Psychopathische Persönlichkeiten, Aschaffenburgs Handbuch, 1923.
- Schnitzer, Die Paranojafrage. Sammelnreferate. Zschr. Referate, Bd. 8.
- Wilmanns. Psychopathien, Handbuch d. Neurologie Lewandowsky, Berlin, 1914.
- Юдин Т. И., Психопатические конституции, М., 1926.

К главе 14. Патологическая анатомия душевных заболеваний

- Гиляровский В. А., Введение в анатомическое изучение психозов, М., 1925.
- Engel, Todesfälle und Sektionsbefunde, Allg. Zschr. f. Psych., Bd. 67, 1910.
- Jakob A., Extrapyramidale Erkrankungen, 1923.
- Jakob A., Anatomie und Histologie des Grosshirns, 1927.
- Jakob A., II Teil. Spezielle Histopathologie des Grosshirns, 1929.
- Klarfeld, Die path. Anatomie der Psychosen.
- Plaseller Fr., Todesursachen etc., Arch. f. Psych 1913.
- Spatz H., Jahresbericht der psych. u. neur. Klin München anat. Abt., Arch. f. Psych., Bd. 81, 1927.
- Spielmeyer, Die Histopathologie des Nervensystems, Berlin, 1922.
- Schroeder P., Anat. Befunde bei einigen Psychosen, Allgem. Zschr. f. Psych., Bd. 66, 1909.
- Vogt C. u. O., Erkrankungen der Grosshirnrinde, Leipzig, 1922.
- Шор Г. В., О смерти человека, Лгр., 1925.

К главе 15. Лечение душевнобольных

- Бруханский П. П., Семейное призрение душевнобольных.
- Berger, Влияние кокаина на состояние ступора, Münch. med. Wschr., 1921.
- Buvat, Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales, Paris 1901.
- Donath, Die Behandlung der progressiven Paralyse, sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinjectionen, Allgem. Zeitschr. f. Psych., 4. Heft, 1903.
- Emminghaus H., Лечение сумасшествия вообще. Руководство частной патологии и терапии, Pentzold u. Stinzing, 1896.
- Ehrlenmeyer A., Zur Theorie und Therapie des Morphin, Z. Neur., Bd. 103.

- Eskuchen K., Therapeutische Indikation und Kontraindikation der Lum-
balpunction, Therapie d. Gegenw., Ig. 65, 1924.
- Гильяровский В. А., Идеологические и организационно-защитные сдвиги
в психиатрии за последнее десятилетие, Моск. мед. журн., 1928.
- Гильяровский В. А., О терапевтическом значении подкожных вливаний
соляного раствора у душевнобольных, «Практический врач», 1903.
- Gross, Allgem. Therap. der Psychosen, Leipzig u. Wien, 1912.
- Gundert, Erforschung mit Somnifen in der Psychiatrie, Allgem. Zschr. f.
Psych., 1924.
- Hoven H., Sur un nouvel hypnotique: somnifène, J. de neurol. et de psych.,
23, 1923.
- Ilberg, Опыт активной терапии больных, Корс. журн., 1928.
- Kläsi, Лечение сомнифеном, Z. Neur., Bd. 74, 1922.
- Корсаков С. С., Постельное содержание, 1901.
- Kolle K., Erfahrung mit Somnifen, Forsch. d. Therapie, 1925.
- Lasner, Grundlagen der Organtherapie, Klin. Woch., 381, 1924.
- Mayer-Bisch R., Über parenterale Schocktherapie, Erkr. d. Bewegungs-
apparats, 1924.
- Минор Л. С., Краткая терапия нервных болезней.
- Ring Art., Hydrotherapy in mental diseases, Med. j. ■ record., Bd. 124, 1926.
- Simon, Die aktive Therapie der Geisteskranken, 1929.
- Schmidt, Proteinkörpertherapie, Erg. d. ges. Med., 110, 1922.
- Schuster I., Neue Versuche akute Geistesstörungen durch anaphylactische
Schockreaction zu heilen. Доклад на съезде ■ Дюссельдорфе ■ 1926 г.
- Stejskal K., Neue therap. Wege. Opothérapie, Proteinkörpertherapie,
Kolloidtherapie, Wien, 1924.
- Thumm M., Über Erfahr. mit aktiver Therapie der Psychosen, Z. Neur.,
die ges. Neur. u. Psych., Bd. 103.
- Wiethoid F., Die Anwendung der Dauernarkose bei Geisteskrankheiten,
München. med. Woch., № 42, 1924.
- Weichbrodt, Therap. Versuche bei endogenen Psychosen, Deutsch. med.
Woch., № 5, Baden-Baden, 1925.
- Wuth O., Medikamentöse Therapie der Psychosen., Fortschr. der Neurol. u.
Psych., 1934.
- Zichen Th., Лечение отдельных форм сумасшествия.

К главе 16. Психогигиена и психопрофилактика

- Ашмаров П. А., Питание человека и умственная работа, Лгр. 1925.
- Баумгартен Ф., Психотехника, ч. I, Берлин, 1922.
- Брусиловский Л. Я., Профилактика заболеваний нервной системы
и стандарт. физического и умственного труда. С предисл. Н. А. Семаш-
ко, М., 1925.
- Genil-Perrin G., La vie de la Ligue d'hygiène mentale. Bull. de la Ligue
d'hygiène ment., 1921.
- Genil-Perrin A., Le Congrès d'hygiène mentale de Paris, 1922.
- Genil-Perrin G., Hist. du mouvem. pour l'hygiène et la proph. ment.,
La prophyl. mentale, 1927.
- Гельман И., Равкин И., Рузер Е., Соколов Я., Труд и здо-
ровье педагога, Москва, 1926.
- Giese, Berufspsych. u. Arbeitsschule, Leipzig, 1921.
- Гран М. М., Забугин Ф. Д., Зиновьев П. М., Коган Б. Б.,
и Цетлин С. Л., Профпригодности и профилактика педагогов, Москва, 1928.
- Дейчман Э. И., Алкоголизм и борьба с ним, 1929.
- Залкинд А. Б., Революция и молодежь, М., 1924.
- Залкинд А. Б., Умственный труд, ГИЗ, 1930.
- Ильон Я. Г., Вопросы нервно-психического оздоровления населения. Харь-
ков, 1928.
- Кашкадамов В., Гигиена умственного труда, М., 1929.
- Крауфора К., Методика умственной работы, М., 1929.
- Кунце Ф., Техника умственного труда, X., 1926.
- Левитов Н. Д., Психотехника и профессиональная пригодность, М., 1924.

- Л и п м а н О., Психология профессии, 1923.
- Л ь в о в, Организация умственного труда, Гиз, 1930.
- М е н д е л ь с о н А. Л., Нервно-психическая гигиена и психическая профилактика М.—Л., 1927.
- М и с к и н о в А. И., П р о з о р о в Л. А. и Р о з е н ш т е й н Л. М., Советская медицина в борьбе за здоровые нервы. Сборник работ М., 1928.
- Н а у м о в Н. А., Организация психиатрической помощи и психопрофилактика умственного труда.
- Н е ч а е в А. П. и О с и п о в В. П., Профилактика душевных расстройств, Неврологический вестник, 1907.
- Н и ф а н т о в Г. Д., Память, ее недостатки и меры к их устранению. Одесса, 1931.
- O p p l e r, Zur Problem über die Erbprognosebestimmung über die Erkrankungs-geschichte der direkt. Nachkommenschaft von Schizophr. im Schlesien, Z. Neur., Bd. 143, 1932.
- P i o r k o w s k i, Die psychol. Methode der wirtschaftl. Berufeignung.
- P o t e t M., Hygiène mentale, Paris, 1926.
- П р е о б р а ж е н с к и й С. А., Хирургическая профилактика вырожде-ния. Совр. псих., 1912.
- Р а в к и й И. Г. и Ш р е й д е р Н. Д., Психология ■ психопатология про-фессии учителя, М., 1927.
- Р о з е н ш т е й н Л. М., Психические факторы в этиологии душевных болез-ней, М., 1923.
- Р ы б н и к о в Н., Память — ее психология и педагогика, Гиз, 1930.
- Р ы б н и к о в Н., Психогигиенические и неврологические исследования, М., 1928.
- Р ы б н и к о в Н., Психотравматизм.
- S t e r n E., Die Feststeln. der psych. Berufeignung u. die Schule, № 4, Hambur-ger. Arbeiten zur Begabungsforschung.
- Ю д и н Т. И., Евгеника, М., 1926.
- Э к в е м п л я р с к и й В., Психология и педагогика памяти, М., 1930.

К главе 17. Некоторые вопросы статистики и организационной психиатрии

- Б а ж е н о в Н. Н., История московского долгауза, М., 1909.
- В ы р у б о в Н. А., Очерки посемейного призрения и пр., Обзор. псих., 1902.
- Г и л я р о в с к и й В. А., О пограничных состояниях и их лечении, II Всерос-сийское совещание по вопросам психиатрии и неврологии. М., 1924.
- Г р о м б а х В. А., Московская психиатрическая организация, II Всерос. сове-щание по вопросам психиатрии и неврологии, М., 1924.
- К а щ е н к о П. П., Ближайшие задачи в деле попечения о душевнобольных в России, Совр. псих., 1911.
- K o l b G., Sammelatlas f. der Bau von Irrenanstalten, Halle.
- M o e l i G., Die Fürsorge f. Geisteskranke und geistl. Abnorme, Halle, 1915.
- П р о з о р о в Л. А., Из истории русской психиатрии, М., 1916.
- R o e m e r H., K o l b u. F a l t h a u s e r V., Die offene Fürsorge in der Psych., Berlin, 1927.
- С е р е й с к и й М. Я., Психоневрология ■ нацобластях, 1933.
- С т у п и н С. А., Московский, д р е в е н с к и й и другие русские патронажи, Совр. псих., 1911.
- Т е р е ш к о в и ч А. М., Руководство по уходу за душевнобольными, М., 1927.
- Ш и д л о в с к а я Л., Очерки по уходу за душевнобольными, М., 1927.
- Я к о б и й П. И., Основы административной психиатрии.
- Я к о в е н к о В. И., Современное положение дела попечения о душевноболь-ных в России, М., 1909.
- V i r n b a u m K., Die psychopatischen Verbrecher, 1926.
- Б р у х а н с к и й Н. П., Очерки по социальной психопатологии, М., 1928.
- Б р у х а н с к и й Н. П., Судебная психопатология, М., 1928.
- Г а к к е б у ш В. М., Судебная психопатология, К., 1929.
- Г е р н е т, Моральная статистика.

Гольдблат, Проект изменения и дополнения в законоположениях в УК и УПК, Сов. право.

Нознышев, Криминальная психология, 1926.

Проблемы преступности, Вып. I и II Государственного института по изучению преступности и преступника, 1926—1927.

Сегалов Т. Е., Основы советского законодательства, 1925 г.

К главе 19. Современные направления в изучении психозов

Birnbaum K., Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft, Handbuch von Bumke, Bd. I, 1928.

Bumke O., Zur Frage der funktionellen Psychosen. Naturwissensch. Forsch., 6.,

Bumke O., Ziele, Wege und Grenzen der psychiatr. Forsch.

Bumke O., Über die gegenwärtige Strömungen in der klin. Psych., Münch. med. Woch., 1924.

Gaupp-Mauz, Krankheitseinheit und Mischpsychosen., Z. Neur., Bd. 101.

Goldstein K., Die Topik der Grosshirnrinde in ihrer klin. Bedeutung, Deutsche Zschr. f. Nerv., 1923.

Hocher, Die Bedeutung des Symptomokomplex in der Psych., Allgem. Zschr. f. Psych., 1912.

Jelgersma G., Das System der Psychosen, Psych. et Neur. Bl., 1909; реферат в Neurol. Z., 1909.

Kleist K., Die gegenwärtige Strömungen in der Psych., Berlin und Leipzig, 1925.

Каннабих Ю., История психиатрии. М., 1929.

Kraepelin E., Ziele und Wege der psychiatr. Forschung., Z. Neur., Bd. 42, 1918.

Kretschmer, Gedanken über die Fortentwicklung der psych. Systematik, Z. Neur., Bd. 48.

Markuse, Reaktionsformen oder Formenkreise, Arch. f. Psych., Bd. 69.

Pick A., Die neurologische Forschungsrichtung in der Psych., Berlin, 1921.

Schneider K., Reine Psychiatrie, symptomatische Psychiatrie und Neurologie, Z. Neur. Bd. 49, 1919.

Schneider K., Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Monatschr. f. Bd. 49, Psych., 1921.

Schneider K., Probleme der klin. Psychiatrie, Leipzig, 1932.

(См. также литературу к главе «Структура психозов»).

К главе 20. Шизофрения

Berze J. u. Gruhle, Psychologie der Schizophrenie, Berlin, 1929.

Berze, Die hereditären Beziehungen d. Dementia praecox, 1910.

Bleuler, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, Leipzig und Wien, 1911.

Bychowski G., Metaphysik und Schizophrenie, Berlin, 1923.

Bleuler, Zur Theorie des schizophrenen Negativismus, Psych. neur., W. 1910, 1911.

Bleuler u. Jung, Komplexe und Krankheitsursachen bei Dementia praecox, Zbl. f. Nerven, 1908.

Бруханский Н. П., К проблеме шизофрений, М., 1933.

Gräter, Dementia praecox mit Alcoh. chr., Leipzig, 1919.

Gaupp, Zur Frage der kombinierten Psychosen, Zbl. f. Nerven, Bd. 76, 1925.

Frostig I., Das schizophr. Denken, 1929.

Hechst, Zur Hystopath. der Schizophrenie mit besonder Berücksichtigung der Ausbreitung des Prozesses. Z. Neur., Bd. 134.

Hesnard, Les théories psychologiques et métapsychiatriques de la démence précoce, Journ. de Psychologie, 1914.

Залкинд Э. М., Пат. анат. шизофрении. Журн. совр. невр. 1933., 8—9.

Kahlbaum, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin, 1874.

Kahlbaum, Die Katatonie oder das Spannungsirresein, Z. Neur., Bd. 66 1921.

Kanh E., Zur Frage d. schizophrenen Reactionstypus, Z. Neur., Bd. 48.

Kraepelin, Über Katalepsie, Allg. Zeitschr. f. Psych., 1892, B., 48.

Kraepelin, Über Remissionen bei Katatonie, Allg. Zschr. f. Psych., 1896, Bd. 52.

- Kraepelin, Zur Diagnose und Prognose der Dem. praecox, Heidelberger Versammlung, 26/27 November 1898. J. 1899, B. 56.
- Lange I., Periodische, zirkuläre und reaktive Erscheinungen bei der Dementia praecox, 1922.
- Loewy M., Dementia praecox, intermediäre psychische Schicht und Kleinhirn-Basalganglien-Stirnhirnsysteme, Berlin, 1923.
- Mauz, Schizophrenie mit pykn. Körperbau, Z. Neur., Bd. 88, 1924.
- Minkowski E., La schizophrénie et la notion de maladie mentale Encéphale, 1922.
- D. Miskolszy, Über das anat. Korrelat. der Schizophrenie, Z. Neur., Bd. 147, 1933.
- Müller Max, Über Heilungsmechan. in der Schizophr., Berlin, 1930.
- Neustadt R., Die Psychosen der Schwachsinnigen, Berlin, 1928.
- Popper, Der schizophrene Reaktionstypus, Z. Neur., Bd. 62 u. 68.
- Ritterhaus, Frühsymptome d. Dem. praecox. Zschr. f. Beh. d. jug. Schwachsinns, 1912.
- Современные проблемы шизофрении. Доклады на конференции по шизофрении в июне 1932.
- Схизофрения. Сокращ. перев. IX тома. Рук. Бумке под ред. Н. П. Бруханского, Москва, 1933.
- Sthölzner, Die Frühsymptome der Schizophrenie, Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 71, 1914.
- Stransky, Über die Dementia praecox, Wiesbaden, 1909.
- Trenel, La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler, Revue Neurologique, Octobre 1912.
- Strohmayer, Zur Genealogie d. Schizophrenie u. Schizoid, Z. Neur., Bd. 95, 1925.
- Urstein, Die Dementia praecox u. ihre Stellung zum m. d. Irresein, Wien, Urb. Schwarz, 1909.
- Vorkastner W., Epilepsie u. Dementia praecox, Berlin, 1918.

К главе 21. Эпилепсия

- Aschafenburg, Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker, 1906.
- Binswanger, Die Epilepsie, 2. Aufl., 1913.
- Bratz, Die Affekt-epileptische Anfälle der Neuropathen und Psychopathen, Monatschrift. f. Psych. u. Neurol, 1911.
- Bratz und Leubuscher, Die Affektepilepsie usw., Deutsche medic. Wschr., № 15, 1907.
- Fere, Les phobies épileptiques. La méd. moderne, № 24, 1897.
- Flery M., L'Épilepsie, Paris, 1900.
- Friedmann, Über die nicht epilept. Absencen oder kurz. narkolept. Anfälle, Deutsche Z., November 1906.
- Gerum K., Beitrag zur Frage der Erblichkeit der genuin Epil., der epilept. Erkrankung u. der epilept. Psychosen, Z. Neur., Bd. 116, 1928.
- Gowers, Epilepsie, Paris, 1902.
- Grossmann I., Theorie des epilept. Charakters, Zschr. f. die ges. Neurol. u. Psych., Bd. 117, 1928.
- Gruhle W., Epil. Reaktionen u. epil. Krankh., Handb. von Bumke, Bd. 8.
- Gutmann E., Die affektepilepsie, Z. Neur., Bd. 119, 1929.
- Higier, Die Grenzgebiete der Epilepsie, Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 40, H. 15/16, 1924.
- Kraepelin, Zur Epilepsiefrage, Z. Neur., Bd., 52, 1919.
- Краинский Н. В., К учению о патологии эпилепсии.
- Krisch, Kritisches über die Affektepilepsie, die psychasthenische Krämpfe und den epileptischen Charakter, Arch. f. Psych. u. Nervenkr., Bd. 77, H. 4, 1926.
- Mauz, Zur Frage des epileptischen Charakters, Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 45.
- Medow, Zur Erblichkeitsfrage in der Psych., Z. Neur., Bd. 26, 1914.
- Minkowski F., Epileptodie, Les recherches généalogiques et les problèmes des caractères etc., Annal. méd.-psychol., 12 sér., vol. 2, № 2.

- Minkowski F. u. A. Problem der Vererbung von Geisteskrankheiten etc., Schw. Arch. f. Neurol., Bd. 12, 1923.
- Muskens, Epilepsie, pathologie, compar. symptom. et traitement, Amsterdam 1927.
- Oppenheim. Psychasthenische Krämpfe. J. f. Psych. u. Neurol., 1906.
- Pagnier, Epilepsie et son traitement, Paris, 1929.
- Popper, Zur Psychopath. der Fugues, Monatschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 44, 1920.
- Рапопорт А. М., Эпилептоиды и их социальные реакции. Преступник и преступность, М., 1928.
- Roemer, Zur Symptomatologie und Genealogie der psychischen Epilepsie und der epil. Anlage, Allg. Zschr. f. Psych., Bd. 67, 1910.
- Reichardt, Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. J. of Ment. Science, 1924.
- Розенталь Т., Страдание и творчество Достоевского. Вопросы изучения и воспитания личности, № 1, 1909.
- Rüdin, Der gegenw. Stand. der Epilepsieforschung, Zbl. f. Neur. u. Psych. Bd. 89, 1924.
- Samt, Epileptische Irreseinsformen., Arch. f. Psych., Bd. 5 u. 6, 1875—1876.
- Schilder, Zur Psychologie epilept. Ausnahmezustände., Ztschr. f. Psych., Bd. 80.
- Сухов А. А., Эпилепсия в России, М., 1906.
- Vogt H., Die Epilepsie im Kindesalter, Berlin, 1910.
- Volland, Über motor. Phänomene bei verblödeten Epileptikern, Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 98.
- Юдин Т. И., Изучение наследственности при эпилепсии, Работы психиатрической клиники Казанского государственного университета, 1928.

К главе 22. Психические расстройства на почве церебрального артериосклероза

- Alzheimer, Die arterioscler. Atrophie des Gehirns, Allg. Z. f. Psych., B. 51, 1895.
- Alzheimer, Die Seelenstörung auf arterioscler. Grundlage, Allg. Z. f. Psych., Bd. 59, 1902.
- Аничков, Общие основы современного учения о склерозе артерий, Институт для усовершенствования врачей, № 5, Л., 1925.
- Аничков, Das Wesen u. d. Entstehung d. Atherosclerose, Ergeb. f. innere Med., 1925.
- Binswanger, Zur Klinik u. pat. Anat. der arterioscler. Hirnerkr., Neur. Zbl., 1908.
- Binswanger, Die Abgrenzung d. allg. pr. Paral. Berl., klin. Woch., № 49, 1899.
- Ганнушкин И. Б., Об одной из форм нажитой психической инвалидности, Труды психиатрической клиники I МГУ, т. II.
- Gaupp K., Die Depressionszustände des höheren Lebensalters, Münch. med. Woch., 1905.
- Гейер Т. А., К вопросу о раннем церебральном артериосклерозе. Современная психоневрология, № 6, 1926.
- Гельман И. Г., Эссенц. гипертония, М., 1927.
- Гиляровский В. А., Гурвич В. Р. и Бунеев А. Н., О заболеваемости нервно-психической сферы учащихся на рабфаке, Труды клиники соц. болезней.
- Гиляровский В. А., Введение в анатомическое изучение психозов, М., 1925.
- Гиляровский В. А. О роли артериосклеротических изменений в генезе психических расстройств позднего возраста, Обзорение психиатрии, неврологии и рефлексологии, 1926.
- Klippel, Pseudo-paralysie générale arthritique, Revue de médecine, V. XII, 1892.
- Крайц С. В. и Мелехов Д. Е., Клиника и патогенез артериосклероза, Труды психиатрической клиники I МГУ, вып. III.
- Крог, Анатомия и физиология капилляров, М., 1927.
- Krupsin, Eхner, Beitrag zur Symptomatologie der Psychosen in den sog. Umbildungsjahren, Arch. Psych., Bd. 69, 1923.

- De-Monchy D., Zergliederung d. ps. Krankheitsbilder bei Arterioscler. cer., Beiheft zur M.-schrift f. Psych. u. Neur., H. 17.
- Ольботт, Артериосклероз, Госиздат, 1927.
- Oppenheim, Intermit. Hinken u. neuropath. Diathese, Deutsche Z. f. Nervenheilkunde, B. 17, H. 3/4.
- Raecke, Die Frühsymptome d. arterioscler. Gehirnerkr., Arch. f. Psych., Bd. 50, H. 2.
- Pfeifer R. A., Die Angioarchit. der Grosshirnrinde, Berlin, 1928.
- Regis, Neurasthénie et arterio-sclérose, Presse médic., № 8, 1896.
- Русецкий, К вопросу о вегетативных синдромах дистонического типа, Вестник совр. медиц. № 8, 1927.
- Schultz Br., Über die heredit. Beziehungen der Hirnarterioscler., Z. Neur., Bd. 120.
- Seelert, Verbindung endog. u. exogen. Factoren in dem Symptomenbild u. der Pathogenese von Psychosen, Berlin, 1919.
- Stern F., Arterioscler. Psychosen., Handb. von Bumke, Bd. 8.
- Суханов С. А. и Введенский И. Н., О душевном расстройстве при церебральном артериосклерозе, Корсаковский журн., № 4—5, 1904.
- Friedrich, Das frühzeit. Vorkommen d. Arterioscler. bei industr. Arbeitern, Deutsch. med. Wschr., № 43, 1910.
- Ханларян Г. М., О психических изменениях при ранних формах церебрального артериосклероза. Обзорение психиатрии и неврологии № 3, 1927.
- Watermann u. Baum, Die Arterioscl. eine Folge d. Psych. u. phys. Traumas, Neur. Zbl., № 27, 1906.
- Weber, Über arteriosclerot. Psychosen, Neur. Zbl., 1908.
- Windscheid, Über d. durch Arteriosclérose bedingte Nervenkrankheiten, Neur. Zbl., 1901.

К главам 23 и 24. Сенильные и пресенильные психозы

- Albrecht, Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters, Z. Neur., 1914.
- Алелеков А. Н., Старость. Клиническое исследование в области нервной системы, Вестник клинической и судебной медиц., псих. и неврол., 1892.
- Alzheimer A., Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters, Z. Neur., B. 4, 1911.
- Беляков, О патолого-анатомических изменениях центральной нервной системы при старческом слабоумии, СПб, 1887.
- Berger, Über die Psychosen des Klimakt., Mschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 22, 1907.
- Binswanger, Praes, Demenz, Münch. med. Wschr., № 32, 1898.
- Dreyfuss, Die Melancholie, 1907.
- Fischer O., Mil. Nekrosen mit drusigen Wucherungen der Neurofibrillen, Mschr. f. Psych. u. Neur. 1907.
- Fischer O., Die Histopathologie der Presbyophrenie. Allg. Z. f. Ps., 1908.
- Fischer O., Die presbiophr. Demenz, deren anat. Grundlage u. klin. Abgrenzung, Z. Neur., Bd. 12, 1912.
- Гаккебуш и Гейер, Об альцгеймеровской болезни, Совр. псих., апрель, 1912.
- Гейер Т. А., К вопросу о пресенильных психозах, Труды клиники I МГУ.
- Гиляровский В. А., О роли артериосклероза и пр., Обзорение психиатрии, неврологии и рефлексологии, 1926, № 1.
- Goldstein K., Handbuch der inneren Medizin Stächelín, Bd. 5, I Teil, 1925.
- Kleist, Die Involutionssparanoia, Allg. Zschr. f. Psych., 70, H. I.
- Костюрин, Об изменениях коры полушарий большого мозга при старости, «Врач», 1886.
- Kretschmer, Gedanken über Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik, Z. Neur., 1919.
- Pick A., Beitr. z. Pathol. u. pathologisch. Anat. d. Zentralnervensystems, 1899.
- Redlich, Über miliäre Sclérose der Hirnrinde bei Senilatrophy, Jahrbücher f. Psych., 1898.

- Rehm, Der depressive Wahnsinn, Zbl. f. Nervenheilk. u. Ps., 1910.
 Reich, Zur Pathogenese der circumstripten resp. systemartigen Hirnatrophie, Z. Neur., Bd. 108, 1927.
 Runge W., Die Geistesstör. des Umbildungsalters u. der Invol. Handb. von Bumke, Bd. 8.
 Runge W., Die Geistesstör. des Greisenalters., Ibidem.
 Scheid, K. F. Über senile Charakterentwicklung, Z. Neur., Bd. 148, 1933.
 Schneider C., Über Picksche Krankheit, Mschr. i. Psych. u. Neur., Bd. 65, 1927.
 Schnitzler, Zur Abgrenzung der sog. Alzheimerschen Krankheit, Z. Neur. Orig. 7.
 Schroeder E., Beitr. zur Kenntn. der Fischerschen Plaques in Gehirn u. ihrer klin. Bedeutung, Z. Neur., Bd. 5, 1911.
 Schroeder, Die Katatonie im höheren Lebensalter, Neurol. Cell., 1902.
 Serko, Die Involutionssparaphrenie, Mschr. f. Psych. u. Neur., 45, 1919.
 Simchovitz, Histologische Studien über die senile Demenz. Nissl. Alzheimers Arbeiten, H. 2, B. 4, 1911.
 Stertz, Über die Picksche Atrophie, Z. Neur. B., 101.
 Stransky, Lehrbuch der allgemeinen u. speziellen Psych.
 Urstein, Die Spätkatatonie, Leipzig, 1919.
 Ziveri A., Beitrag zur Kenntnis des praesenilen Irreseins, Z. Neur., Bd. 8, H. 3.
 Jakobi, E. Die Psychosen im Klimakterium u. in der Involution, Arch. f. Psych., Bd. 20, 1930.

К главам 25 и 26. Нейролюэс

- Абрикосов А. И., Ганнушкин П. Б., Маргулис М. С., Сифилис нервной системы. Сборник, 1927.
 Benedeck L., Der heut. Stand der Behandlung der Paralyse, Berlin, 1926.
 Bostroem A., Die Luespsychosen, Handb. von Bumke, Bd. VIII, 1930.
 Bostroem A., Die pr. Paralyse, Ibidem.
 Binswanger, Die pathologische Histologie der Grosshirnrindenerkrankung bei der allg. progress. Paral. mit besonderer Berücksichtigung der Alten- und Frühformen, Jena, 1893.
 Calmeil, De la paralyse générale considéré chez les aliénées, 1826.
 Clemenz, Syphilis bei Schwachsinnigen, 1913.
 Dattner B., Moderne Ther. der Neurosyph., Wien, 1933.
 Donner S., Die arter. Belastung der Paral. und anderen Geisteskrankheiten, Zschr. f. die ges. N. u. Ps., Bd. 79, 1924.
 Fabritius, Zur Klinik der nichtparal. Luespsychosen, 1924.
 Gaupp und Alzheimer, A. Die stationäre Paralyse, Z. Neur., Bd. 64, 1907.
 Gennerich, Die syphilitische Erkrankungen, ihre Ursachen und Behandlung, 1921.
 Gerstmann, Zur Frage der Umwendung des klinischen Bildes der Paral. pr. in eine halluzinatische paranoide Erscheinungsform im Gefolge der Malaria-impfung, Z. Neur. 93, 1924.
 Kaufmann M., Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen, Die Paral. progress, Jena, 1908.
 Keller, Die Bez. der Erbsyphilis. Zeitschr. f. die Erf. u. Beh. des jugendl. Schw., 1912.
 Klarfeld, Zur Frage nach der Pathogenese der Paralyse, Z. Neur. 1922.
 Ковалевский П. И., Общий прогрессивный паралич помешанных.
 Loevi K., Zur Frage der stationären Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. 69, 1923.
 Malret et Vires. De la paralyse générale. Paris. 1898.
 Mendel, Die progressive Paralyse der Irren, Berlin, 1880.
 Neumann, Die progressive Paralyse, 1906.
 Nonne, Syphilis u. Nervensystem, 1927.
 Oppenheim, Die syphil. Erkrankungen des Gehirns, 1903.
 Plaut, Die Halluzinosen der Syphylitiker, Berlin, 1913.
 Plaut F., Die Behandl. der syphil. Erkrank., Handb. von Bumke, Bd. VIII, 1930.
 Sagel W., Über einen Fall von endarteriitischer Lues der kleinen Hirngefäße Z. Neur., 1910.

- Сифилис нервной системы. Сборник под общей редакцией Абрикосова, проф. Ганнушкина, проф. Маргулиса, 1927.
- Schmidt-Kräpelin T., Über die juvenile Paralyse, Berlin, 1920.
- Spielmeyer W., Über einige anatomische Ähnlichkeiten der progr. Paral. und mult. Sclerose, Z. Neur., B. I, 1910.
- Tuczek, Beiträge zur Anatomie und Pathologie der progr. Paralyse, 1884.
- Wagner von Jauregg, Die Benand der pr. Paralyse mit kurzwellen Hochfrequenzströmen, Wien med. Wschr., 1932.

К главе 27. О рассеянном склерозе

- Кляцкина Н. Г., Психич. измен. при рассеянном склерозе, Обзорение психиатрии, 1928.
- Monkemöller, Mult. Sclerose u. Geisteskrankheit, Arch. f. Psych., Bd. 65, 1922.
- Moser K., Zur Bedeut. psych. Stör. bei mult. Sclerose, Arch. f. Psych., Bd. 71, 1924.
- Runge W., Psychosen bei Gehirnerkrankungen, Handbuch der Geisteskrankheiten von Bumke, VII Bd., 1928. (Имеется подр. указание литературы.)
- Ewald I., Psychosen bei akuten Infektionen. Handbuch der Geisteskrankheiten von Bumke, VII Bd., 1928. (Указана литература.)

К главе 27. Эпидемический энцефалит

- Bostrom, Encephalitis und Katatone Motilitätstörungen, Klin. Woch. 3, 1924.
- Economo, Die Enceph. lethargica, Jahresbericht f. Psych. u. Neur., Bd. 38, 1917.
- Economo. Encephalitis lethargica, 1929.
- Leiser Erg., Untersuchungen über Charakterveränderungen nach Enceph. epidem., Arch. f. Psych., Bd. 72, 1924.
- Гуревич М. О., Postenceph. Geistesstörungen und vergleich. Topistik der psychischen Mechanismen, Z. Neur., Bd. 92.
- Mayer-Gross, Schizophrenie und Psychosen bei Enceph. let., Z. Neur., Bd. 106.
- Runge W., Psychische Störungen bei Enceph. acuta, Handbuch von Bumke, Bd. 7, 1928.
- Thiele, Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Enceph. epidem. bei Kindern und Jugendlichen, Berlin, 1928.
- Siegmund, Zur pat. Anatom. Enceph. leth., Klin. Wschr. 20, Berlin 1920.
- Steiner. Чему учит летаргический энцефалит.
- Jahreskurse f. ärztliche Vorbildung.

К главе 27. Психозы в связи с инфекциями

- Алфеевский И., Об остром бреде, Совр. псих., 1914.
- Аменицкий Д., Наблюдение над сыпнотифозными психозами на фронте, Совр. псих., 1914.
- Bonhoeffer, Die symph. Psychosen im Gefolge von akuten Infectionen in inneren Erkr., Leipzig und Wien, 1910.
- Bonhoeffer, Die Psychosen im Gefolge von akuten Infectionen, 1912.
- Ewald I., Psychosen bei akuten Infektionen etc., Handbuch von Bumke, VII. Bd., 1928.
- Гейманович А., О псевдопаралитическом синдроме при острых инфекциях, Врачебное дело, 1920, № 6.
- Гейманович А. Инфекции и нервная система, Харьков.
- Гиляровский В. А., О психических изменениях при сыпном тифе и в связи с ним. Сборник работ по сыпному тифу, М., 1920, и Журнал психологии, неврологии и психиатрии, 1922.
- Гиляровский В. А., Винокурова А. А., Психозы после сыпного тифа и в связи с ним, Журнал психологии, неврологии и психиатрии, 1922.
- Гиляровский В. А., Über das Fleckfieberdelirium als einen exogenen Reactionstypus. Allg. Z. f. Psych., 1927.

- Hartmann H. u. Schilder P., Zur Klinik u. Psychologie der Amn-
tia, Z. Neur., Bd. 92, 1924.
- Гиршберг Н., О психозах при сыпном тифе, Труды съезда союза русских
психиатров и невропатологов, М., 1914.
- Kirn, Zur Kasuistik der Psych. im Gefolge febriler Erkrank., Allg. Z. f. Psych.,
Bd. 39.
- Kleist W., Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infectionspsychosen,
Berlin, 1920.
- Kraepelin E., Über den Einfluss akuter Krankheiten auf die Entsteh.
der Geisteskr., Arch. f. Psych., Bd. 11—12.
- Корнилов К. Н., Психическое состояние больного сыпным тифом. Журнал
психологии, невропатологии и психиатрии, 1922.
- Маргулис М. С., Хронические инф. и паразит. забол. ■. с., 1933.
- Постовский Н. П., Нервные и душевные заболевания при инфлюэнце,
М., 1904.
- Runge W., Über Psychosen bei Grippe.
- Скляр Н. И., Über die Psychosen bei den Infectiouskrankheiten, insbesondere
bei Fiecktyphus u. Rekurrens, Mschr. f. Psych. u. Nervenkr., Bd. 52.
- Спиртов И., Об изменениях в клинической картине некоторых психозов
под влиянием сыпнотифозной инфекции, Научная медицина, № 9, 1922.
- Триумфов А., Душевные заболевания в связи с сыпным тифом, Пр., 1923.
- Триумфов А., О психозах в связи с сыпным тифом. Научная медицина,
№ 9, 1922.
- Walter F., Über Grippepsychosen, Bern, 1923.

Глава 28. Психозы в связи с отравлением алкалоидами и химиче- скими ядами

- Beringer K., Der Meskalinrausch, Berlin, 1927.
- Beringer K., Experiment. Psychose durch Meskalin, Z. Neur., Bd. 84, 1923.
- Bonhoeffer K., Über die neur. u. Psych. Folgeersch. des schwefelkohlen
Stoffverg. Mschr. Psych., 15, 1930.
- Войновская Р., К вопросу о токсическом действии малых доз ртути,
Гигиена труда № 8, 1928.
- Гельман И. Р., Введение в клинику профессиональных отравлений, Мо-
сква, 1929.
- Гуревич М. О., О психических заболеваниях на почве отравления спо-
рыньей, Современная психиатрия, 1911.
- Колосов Г. А., Geistesstörungen bei Ergotismus, Arch. f. Psych., Bd. 53, 1914.
- Коцовский А. Д., Пеллагра в Бессарабии, Современная психиатрия.
1913.
- Коцовский А., Pellagra. Pathol.-anat. Untersuch., Arch. f. Psych., Bd. 49.
- Kraus H., Über gewerbl. u. alim. Saturnismus, Kl. Wochenschr., Wien, 1927.
- Lewin L., Die Kohlenoxydvergiftung, Berlin 1920.
- Lewy F. H. u. Tiefenbach, Die experim. Manganperoxyd. Encephali-
tis, Z. Neur., Bd. 71, 1921.
- Линдеман В., Токсикология химических боевых веществ.
- Loewy, Профессиональные болезни. Перевод под редакцией С. Каплуна.
Meyer H. und Gottlieb, R., Die experim. Pharmakologie etc., Berlin—
Wien 1922.
- Meggendorfer F., Intoxikationspsychosen, Handbuch der Geisteskr. von
Bumke, Bd. VII, Berlin 1928.
- Meyer A., Klin. anat. Untersuch. über Kohlenoxydvergift. Z. Neur., Bd. 100.
- Реформатский Н. Н., О хронических отравлениях эрготином и пр., Мо-
сква, 1893.
- Morgenstern S., Beitrag zur Frage des Belladonnadelirs, Z. Neur., Bd. 82,
1923.
- Прозоров Л. А., К казуистике отравления светильным газом, Современная
психиатрия.
- Stiefler G., Striär. Symptomenkompl. des Spätf. der Gasvergift., Z. Neur.
Bd. 81.
- Stock, Die Gefährlichkeit des Quecksilberdampfes, Leipzig—Berlin, 1926.

- Baer, Ueber die Trunksucht und ihre Abwehr, 1890.
- Bonhoeffer, Die alkoholischen Geistesstörungen, Deutsche Klinik, VI, 2511, 1906.
- Busch, Ueber Einfluss des Alkohols auf Klarheit und Umfang des optischen Bewusstseins, Habilitationsschrift, 1904.
- Bürger H., Zur Psych. des amnest. Symptomenkomp., Arch. f. Psych., Bd. 8
- Bürger H., Prinz u. Kaila, Über die Struktur des amnest. Symptomen komp., Z. Neur., Bd. 124.
- Гиллярковский В. А., Развитие учения о корсаковском психозе. Основы и достижения современной медицины, под редакцией Д. Д. Плетнева и В. М. Коган-Ясного.
- Гейер Т. А., О корсаковском психозе, Современная психиатрия, 1911.
- Grünthal E., Zur Kenntnis der Psychopathologie der Korsakowschen Psychose, Arch. f. Psych. u. Neurol., Bd. 74, 1925.
- Fünfgeld, Zur pathologischen Anatomie der Korsakowschen Psychose, Arch. Psych. u. Nervenkr., Bd. 74, 1925.
- van der Horst L., Über die Psychol. des Korsakowschen Syndroms, Psych. u. Neurol., 1928.
- Joel, Ernst, Dr. und Dr. Fraenkel, Der Cocainismus. Ein Beitrag zur Geschichte u. Psychopathologie der Rauschgifte, 1924.
- Ingallato, L'alcoolismo cronico, 1922.
- Kaufmann A. F., Zur Frage der Heilbarkeit der Korsakowschen Psychose, Z. Neur., Bd. 20, 1913.
- Корсаков С. С., Об алкогольном параличе, М., 1887.
- Корсаков С. С., К симптоматологии полиневрических форм послетифозных заболеваний.
- Корсаков С. С., Сборник статей по невр. и псих., посвященный проф. А. Кожевникову, М., 1890.
- Kraepelin E., Psychologische Arbeiten, II, 203.
- Magnus Huss, Chronische Alkoholkrankheit oder Alcoholismus chronicus, Deutsch. von Busch. 1852.
- Magnan, De l'alcoolisme, 1874.
- Müller, Sammelbericht über Arbeiten auf dem Gebiete der Alkohol-Psychosen. Z. Neur., X. 109.
- Marcus, Gedächtnisstörungen bei krankhaften Veränderungen in Frontalhirn u. in der Insula., Z. Neur., Bd. 101, 1926.
- Maier H. W., Der Kokainismus. Geschichte, Pathologie, Medizin u. behördliche Bekämpfung, 1926.
- Pick A., Beitrag zur Pathologie des Denkverlaufes beim Korsakow, Z. Neur. Bd. 28, 1915.
- Рапопорт А. М. Проблемы наркологии. Медгиз, 1934.
- Розенштейн Л. М., О корсаковской болезни, о своеобразной клинической форме алкогольно-артериосклеротического заболевания мелких сосудов головного мозга. Сборник работ по психиатрии, изд. Наркомздрава, М., 1921.
- Розенштейн Л. М., Корсаковский психоз как экзогенный тип реакции Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, № 2, 1925.
- Steinhall, Ein eigenartiger Fall Korsakowscher Psychose, Z. Neur., Bd. 67, 1921.
- Spreyer, Die alkoholischen Geisteskrankheiten, Diss., 1882.
- Светлов В. С., Внимание, психическая работоспособность и ассоциации у страдающих хроническим алкоголизмом, Диссерт., 1916.
- Суханов С. А., К вопросу о полиневрических психозах.
- Wlassak, Grundriss der Alkoholfrage, 1922 (Literatur.).
- Fünfgeld E., Zur pathologischen Anatomie der Korsakowschen Psychose, Arch. f. Psych. u. Nervenkr., Bd. 74, 1925.

К главе 31. Психозы при травматических повреждениях и органических заболеваниях

- Baruk, Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales, Paris 1926.
- Kehrer F., Die Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste, Leipzig, 1931.

- Крон И. М., Опухоли головного мозга, Москва.
 Oppenheim, Die Geschwulste des Gehirns, 1902.
 Pfeifer B., Die psych. Stör. nach Hirnverletzungen, Handbuch der Geisteskrankh. von Bumke, Bd. VII, 1928.
 Pfeifer B., Psychosen bei Gehirnerkr., ibidem.
 Pfeifer B., Psychosen bei Hirntumoren, ibidem.
 Runge W., Psychosen bei Gehirnerkrankungen, Handbuch der Geisteskrankh. von Bumke, Bd. VII, 1928.
 Redlich, Jahrbücher f. Psych., Bd. XXX.
 Schuster, Die psych. Stör. bei Gehirnschwulsten, 1902.
 Stern, Arch. f. Psych., Bd. 53.
 Trautmann E., Über psych. Folgezust. nach Gehirntrauma. Z. Neur., Bd. 94, 1927.

К главе 32. Маниакально-депрессивный психоз

- Баженов Н., Душевная драма Гаршина, Москва, 1903.
 Bostrom, Zur Frage der verw. Manie, Arch. f. Psych., Bd. 76, 1926.
 Гутман, Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе, диссертация, 1909.
 Вырубов, О циклотимии и ее сочетаниях. Психотерапия, 1912.
 Dreyfuss, Die Melancholie ein Zustandsbild des manischdepressiven Irreseins, 1907.
 Escudie, De la neurasthénie et de la mélancholie, Bordeaux, 1908.
 Isserlin, Psychologische Untersuchungen an Manisch-depressiven, Monatschr. f. psych. u. Neur., H. 4, 5, 6, 1907.
 Kahlbaum, Ueber cykliches Irresein, Breslauer ärztliche Zeitschr., 1882.
 Каннабих, Психотерапия легких случаев периодической депрессии, 1911.
 Каннабих М., Циклотимия, ее симптоматология и течение, Москва, 1913.
 Krisch H., Epilepsie und manisch-depressives Irresein, Berlin, 1922.
 Lange, Periodische Depressionszustände u. ihre Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese, 1895.
 Lange, Die end. u. reakt. Geisteserkr. u. die depress. Konstitution, Handb. von Bumke, Bd. 6.
 Pierre-Kahn, La Cyclothymie, Paris, 1909.
 Regis, Précis de Psychiatrie, Paris, 1906.
 Reiss E., Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein, Berlin, 1910.
 Rehm, Das manisch-melancholisches Irresein.
 Stransky, Das manisch-depressive Irresein, 1911.
 Schroeder P., Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen, Berlin, 1920.
 Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen, Jena, 1901.
 Шайкевич, Преждевременное слабоумие и картина маниакально-депрессивного психоза, «Русский врач», № 5, 7, 1912.

К главам 33—37. Врожденные болезненные состояния психопатии. Психические реакции и реактивные состояния

- Adler, Über nervösen Charakter, 1921.
 Albrecht O., Der anetische Symptomenkomplex, Berlin, 1921.
 E. Benjamin, Grundlagen u. Entwicklungsgeschichte der Kindl. Neurose, Leipzig, 1930.
 Birnbaum K., Soziologie der Neurosen, Berlin, 1933.
 Birnbaum K., Über degenerative Phantasten, Allg. Psych. 64, 1907.
 Birnbaum K., Über degenerativ Verschrobene, Ztschr. Psych., 21, 1907.
 Birnbaum K., Über psychopatische Persönlichkeiten, Wiesbaden, 1909.
 Birnbaum K., Über psychopatischen Grenzzustände, Psych.-neur. Wschr., 1911—1912.
 Birnbaum K., Konstitution, Charakter und Psychose, Dtsch. med. Wschr., 60, 1924.
 Birnbaum K., Die psychopatischen Verbrecher, 2. Aufl., Leipzig, 1926.
 Birnbaum K., Die Grenzgebiete der Psychiatrie, Handb. von Bumke, Bd. IV, 1929.

- Bonhoeffer, Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein schr. Psychiatr. 33, 1913.
- Bostroem, Über krankhafte Persönlichkeitsveränderungen, Münch. med. Wschr., 71, 1924.
- Bratz, Über affectepileptische Anfälle bei Neuropaten und Psychopaten Mschr. Psychiatr., 29, 1911.
- Bauer, Degeneration und ihre Zeichen, Wiener kl. W., 1920.
- Баженов Н. Н., О значении стихийных бедствий в этиологии некоторых нервных и душевных заболеваний, М., 1914.
- Бруханский Н., К постановке вопроса о реактивных заболеваниях и симуляции. Доклад на I Всероссийском съезде по психологии, неврологии и психиатрии.
- Braun, Psychogene Reaktionen, Bumke, Handbuch der Geisteskrankh. B. 5, t. I.
- Белицкий, Неврастения.
- Бумке и Шильдер, Современное учение о неврозах, Одесса, 1928.
- Внуков В. А., К вопросу о структуре и динамике психопатий, За марксистско-ленинское естествознание 1933.
- Ганнушкин П. Б., Клиника психопатий, М., 1933.
- Cramer, Die Nervosität, 1906.
- Delbrück, Die pathologische Lüge und die psych. abnormen Schwindler, Stuttgart, 1891.
- Frank, Über Affektstörungen bei Kindern, Schw. Korr. Bl., 1919.
- Frank, Affektstörungen, 1912.
- Fürsterling W., Über die paranoiden Reaktionen in der Haft, Berlin, 1923.
- Hattingberg, Die Bedeutung der Onanie und ihre Beziehung zur Neurose, Münch. med. Wschr, 1923.
- Heilbronner, Über Fugues und fugueähnliche Zustände, Mschr., Psychiatr., 23, 1903.
- Heilbronner, Zwangsvorstellung und Psychose, Z. Neur., 9, 1912.
- Isserlin, Die psychoanalytische Methode Freuds, 1910.
- Жане П., Неврозы и фиксированные идеи, 1903.
- Kollarits, Charakter und Nervosität, 1912.
- Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis, 1907.
- Kugler E., System der Neurosen, Berlin, 1922.
- Kretschmer E., Über Hysterie, Leipzig, 1923.
- Краинский, Порча, кликуши и бесноватые, Новгород, 1900.
- Крамер Е., Об истерии, Ленинград 1924.
- Kronfeld A., Zur Frage der Psychother., Fortschr. der Neurol. u. Psych., № 2, 1931.
- Кутанин, Психопатии, Саратов, 1926.
- Laforgue R., Schizophrenie, Schizomanie, Schizonoia, Z. Neur., Bd. 100, 1926.
- Lange I., Über die Paranoia und die paranoiden Psychopaten, Z. Neur., Bd. 94, 1924.
- Legewie, Ein Beitrag zur Frage der Zwangsneurose und Psychose, ibidem, 86, 1923.
- Ландау, О параноидальных состояниях среди душевнобольных каторги, Юрьев, 1910.
- Löwenfeld, Sexualleben und Nervenleiden, Wiesbaden, 1903.
- Markuse M., Ein Fall von vielfach komplizierter Sexualperversion, Zschr. Neur. Bd. 9, 1912.
- Markuse H., Die psych. Reaktionen, Berlin, 1929.
- Mayer W., Über Simulation und Hysterie, Z. Neur. Bd. 39, 1918.
- Mayer-Gross, Zur Problem des «schizophrenen Reaktionstypus», ibidem, 76, 1922.
- Meggendorfer, Klinische und genealogische Untersuchungen über «Moral insanity», ibidem, 66, 1921.
- Merklin, Über das Misstrauen und den sog. Verfolgungswahn der Schwerhörigen, Allg. Z. Psych., 74, 1918.
- Naescke, Einiges zur Lehre von der Homosexualität, Z. Neur., Bd. 15, 1913.
- Pophal, Über exogene Charakterveränderungen im Sinne der «Moral insanity», Mschr. Psychiatr., 53, 1923.
- Pelman, Psychische Grenzzustände, Bonn, 1910.

- Преступники и преступность. Сборник, 1928.
 De-Sanctis, Les enfants dysthymiques, L'Encéphale, 18, 1913.
 Schneider K., Die Lehre vom Zwangsgedanken in den letzten zwölf Jahren.
 Z. Neur., Bd. 17, 1918.
 Schneider K., Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressions Zustände, ibidem, 59, 1920.
 Schneider, K., Die psychopathischen Persönlichkeiten.
 Schneider, K., Achaffenburgs Handb. d. Psych., Leipzig, Wien, 1923.
 Schneider K., Studien über Persönlichkeit und Schicksal eingeschriebener Prostituierten, Berlin, 1926.
 Schneider, K., Die abnormen seelischen Reaktionen, Leipzig, 1927.
 Stertz G., Die neurasthenische Reaktion, Bumke Handbuch, der Geisteskr., B. 5, T. I.
 Schultz I., Die konstitutionelle Nervosität, Bumke, Handbuch der Geisteskrank., B. 5, T. I.
 Stultz, I., Die Behandlung der abnormen nervösen Reaktionen und der Psychopathien, Bumke, Handbuch der Geisteskrank., B. 5, T. I.
 Stekel W., Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung, Berlin, 1921.
 Sollier P., Genèse et nature de l'Hystérie, Paris, 1897.
 Tandler—Gross, Eunuchoidismus, 1908.
 Токарский А., Мерзание и болезнь судорожных подергиваний, М., 1893.
 Тöben Н., Beiträge zur Psychologie und Psychopathologie der Brandstifter.
 Berlin, 1917.
 Юдин Т. И., Психопатические конституции, М., 1926.

К главе 38. Паранойя

- Bleuler, Suggestibilität, Affectivität, Paranoia, Halle, 1926.
 Ewald, Paranoia und man.-depr. Irresein, Z. Neur. Bd. 49 und 71.
 Ганнушкин П. Б., Острая паранойя, М., 1904.
 Gaupp, Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia, Zentralbl. f. N. und Psych., Bd. 33, 1910.
 Гейер Т. А., К учению о паранойях, Журнал психологии, неврологии и психиатрии, 1922.
 Гейер Т. А., Некоторые соображения о хронических и острых паранойях, Труды психиатрической клиники, I МГУ, вып. I.
 Kehrer F., Paranoische Zustände, VI Bd. des Handbuchs von Bumke, 1928.
 Kollé K., Die primäre Verrücktheit, Psychopath., klin. u. genealog. Untersuchungen, Leipzig, 1931.
 Kollé K., Über paran. Psychopathen., Z. Neur., Bd. 150.
 Krüger, Über Paranoia, Berlin, 1917.
 Lange I., Über die Paranoia und paranoische Veranlagung, Z. Neur., Bd. 94, 1925.
 Maier H., Über Katathyme Wahnbildungen und Paranoia, Z. Neur., Bd. 13, 1912.
 Specht, Über klin. Kardinalfrage der Paranoia, Zentralbl. f. N. u. Ps., 1908.
 Störring W., Beitr. zur Paranoiafrage, Arch. f. Psych., Bd. 97, 1932.
 Westertorp, Prozess und Entwicklung bei verschiedenen Paranoithypen.
 Z. Neur., Bd. 91, 1925.
 Wiegert, Studien über die paranoische Psychosen, Z. Neur., Bd. 40, 1917.

К главе 39. Применение психотерапии в психиатрии

- Amp D., La psychotherapie pathogenique, Paris, 1929.
 Adam H. A., Einführung in die Psychotherapie, München, 1925.
 Bostrom A., Methodik der Erzielung des hypnotischen Schlafes bei Menschen, München, 1925.
 Джонс Э., Терапия неврозов, М., 1924.
 Дюбуа П., О психотерапии, М., 1911.
 Дюбуа П., L'éducation de soi-même, Paris, 1922.
 Ермаков, Гипнотизм и внушение.
 Isserlin M., Psychotherapie, Berlin, 1926.
 Каптерев, Гипнотизм, М., 1909.

- Kaufmann M., Suggestion und Hypnose, Berlin, 1923.
 Kronfeld A., Psychotherapie, Berlin, 1924.
 Kunkel Fr., Die Arbeit am Charakter, Schwerin, 1930.
 Молль А., Гипнотизм, СПб, 1909.
 Платонов К. И., Гипноз и внушение в практической жизни.
 Подъяпольский П., Гипнотическое внушение и его применение в хирургии, 1926.
 Prinzhorn, Psychoterapie, 1929.
 Токарский А., Терапевтическое применение гипнотизма.
 Фрейд С., Лекции по введению в психоанализ, М., 1922.
 Шильдер, Сущность гипноза.
 Шильдер П. и Каудерс О., Гипноз, 1927.
 Шульц, Руководство по психотерапии для специалистов и врачей-практиков, изд. «Врач», Берлин.
 Schultz, Die Schicksalsstunde der Psychotherapie, Berlin, 1925.
 Schulhof F., Cueismus, Die Kunst der Selbstüberredung als eine neue psychische Behandlungsmethode, Leipzig, 1924.
 Häberlin K., Grundlinien der Psychoanalyse, München, 1925.

К главе 40. Психопатология детского возраста и олигофрении

- Anton G. Pr., О расстройствах развития у детей, М., 1913.
 Baumgarten, Dr. Phil., Die Lüge bei Kindern und Jugendlichen, Leipzig, 1926.
 Василевский Л. М., Детская «преступность» и детский суд, издат. «Октябрь», 1923.
 Вопросы воспитания нормального и дефективного ребенка. Сборник статей под редакцией Грибоедова, Барсука и Белюсова, М.—П., 1924.
 Гиляровский В. А., Психопатология и психопрофилактика детского возраста. Сборник работ психиатрической клиники II МГУ.
 Гуревич М. О., Психопатология детского возраста. М., 1927.
 Гаупп Р., Психология ребенка, М., 1911.
 Homburger A., Psychopatologie des Kindesalters, Berlin, 1926.
 Декедр, А., Развитие ребенка от двух до семи лет, Л., 1925.
 Moreau, De la folie chez les enfants, Paris 1888.
 Майзель и Симсон, Нервно-психические заболевания раннего детства. М., 1921.
 Mönkemoeller, Die geistigen Krankheitszustände des Kindesalters, Berlin, 1922.
 Модель М., Руков. по методике исследования нервнопсих. сферы детей раннего возраста, Госмедиздат, 1929.
 Неврология, детская психология, прикладн. психология. Труды клиники нервных болезней, вып. I, М., 1927.
 Rapprenheim M. und Dr. C. Grosz, Die Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters, Berlin, 1914.
 Рабинович С., К клинике и экспериментальной психологии монголизма, М., 1916.
 Redlich E., Prof., und Dr. E. Lazar, Über kindliche Selbstmörder, Berlin, 1914.
 Симсон Т., Реактивн. состояния младенческого возраста, М., 1929.
 Singer K., Die Schreck-Neurosen des Kindesalters, Jena, 1918.
 Stier D., Prof., Erkennung und Behandlung der Psychopatie bei Kindern und Jugendlichen, 1920.
 Стерн В., Психология раннего детства до шестилетнего возраста, П., 1922.
 Scholz L., Anomale Kinder, Berlin, 1922.
 Stromayer W., Лекции по психопатологии детского возраста для врачей и педагогов. Под редакцией Россолимо, М., 1913.
 Филипп Ж. и Бонкур П., Психические аномалии среди учащихся, М., 1911.
 Хватцев М. Е., Дефекты речи, Госиздат, 1930.
 Пуберт А. М., Методы исследования умственно одаренных, М., 1922.

Редактор Л. Альтшуллер. Техред.
А. Троицкая. Зав. граф. ч. Е. Сме-
хов. Зав. коррект. Л. Голицына.
Ответ. за вып. в типогр. П. Маркелов.
Уполн. Главл. Б 2549 Биомедгиз 3277.
МД—16. Тираж 10200. Формат 62×91¹/₁₆.
Печ. л. 47¹/₂. Знак. в печ. л. 49000. Авт.
л. 64.745. Сдано в тип. 9/X 1934 г. Подп.
к печ. 22/III 1935 г. Заказ № 1014. Цена
11 р. 80 к. Переплет 1 р. 20 к.
16-я тип. треста «Полиграфкнига», Москва.
Трехпрудный пер., 9.

11.11.29

11.11.29



В.А. ГИЛЯРОВСКАЯ.

ПСИХИАТРИЯ